د. أحمد أبوأسعد   د. أسماء الصرايرة

مشكلات طفل الروضة



مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع
دار حنين للنشر والتوزيع


أهم جروبات علي تليجرام
باحثون
هنا سور الأزبكية
غواص في بحر الكتب
قناة مصر الثقافية و الفنية


أهم جروبات علي تليجرام
باحثون
هنا سور الأزبكية
غواص في بحر الكتب
قناة مصر الثقافية و الفنية



مشكلات طفل
الروضة



ISBN 978-9957-17-085-1 (ردمك)

المملكة الأردنية الهاشمية

رقم الايداع لدى دائرة المكتبة الوطنية

(٢٠١٠/٣/٨٠٢)

ابو أسعد، أحمد عبداللطيف

مشكلات طفل الروضة / أحمد عبد اللطيف أبو أسعد، أسماء نايف الصرايرة.

عمان : دار حنين للنشر والتوزيع ٢٠١٠

( ) ص.

ر.إ. : ٢٠١٠/٣/٨٠٢

الواصفات : التعليم الأساسي / / دور الحضانة / / رعاية الطفولة / / الأطفال /

• يتحمل المؤلف كامل المسؤولية القانونية عن محتوى مصنفه ولا يعتبر هذا المصنف عن رأي دائرة المكتبة الوطنية أو أي جهة حكومية أخرى.

د. أحمد أبوأسعد د. أسماء الصرايرة

مشكلات طفل الروضة

دار حنين للنشر والتوزيع



الطبعة الأولى

1432 هـ 2011 م

مكتبة الفلاح
للنشر والتوزيع

Al - Falah Books

For Publishing and Distribution
Kuwait, USE, Egypt, Jordan

دولة الكويت

حولي ـ شارع بيروت ـ عمارة الأطباء
هاتف 2264 1985 فاكس 7784 2264 965 +
ص.ب: 4848 الصفاة 13049 - الكويت

دولة الإمارات العربية المتحدة

العين - ص.ب: 16431 هاتف: 7662187 فاكس: 7657901 3 971+
دبي - ص.ب: 26438 هاتف: 2630618 فاكس: 2630628 4 971+

جمهورية مصر العربية

37 شارع النصر - امتداد رمسيس 2
مقابل وزارة المالية
مدينة نصر - القاهرة
هاتف: 8146 2262 **فاكس:** 2263 02 002
E.mail:alfalah.cairo@gmail.com

المملكة الأردنية الهاشمية




العبدلي - مقابل البنك العربي - عمارة الندو
هاتف 5696611 فاكس 1208 568 6 962+
ص.ب 927885 الرمز البريدي 11190
عمان - الأردن
e-mail: dar_honin@yahoo.com

المحتويات

المقدمـــة

تعتبر المرحلة التي تضم الأطفال مابين الثالثة والسادسة من العمر من أهم مراحل الحياة وأكثرها خطورة وتأثيراً في مستقبل الإنسان لكونها مرحلة تكوينية ذات أثر حاسم في بناء شخصية الفرد ونموه، فيها يكتسب عاداته وسلوكه الاجتماعي واتجاهاته ومواقفه، وفي هذه المرحلة يكون الطفل أكثر استجابة لتعديل السلوك في اتجاه النمو السليم لمختلف جوانب حياته وبخاصة تنمية ذكائه وشخصيته.

وهنا تظهر أهمية رياض الأطفال كمؤسسات تربوية واجتماعية تسعى إلى تهيئة الطفل بالنسبة لحياته الدراسية المقبلة، كما تحمي الطفل من الشعور بالانتقال المفاجئ من البيت إلى المدرسة. وتشير العديد من الأدبيات التي أمكن الرجوع إليها في مجالات التربية وعلم النفس وعلم الاجتماع أن ما يقارب ٥٠٪ من مظاهر النمو الذهني والمكتسبات الذهنية التي تتوفر لدى الإنسان بدءاً في مستقبل حياته تتكون في السنوات الأربع الأولى من العمر وأن ٣٠٪ تظهر في ما بين السنة الرابعة والثامنة من العمر.

ولهذا يتزايد الاهتمام القومي والعالمي برياض الأطفال لما تلعبه من دور مهم في تكوين شخصية الطفل ونموها مستقبلياً ويُنظر إلى دور رياض الأطفال على أنه دور أساسي مهم يخرج عن إطار ومتطلبات الوظيفة التقليدية للتعليم ليدخل في إطار التربية والتنشئة والتطبيع الاجتماعي.

ولان مرحلة رياض الأطفال مرحلة دقيقة وحساسة، ولا تكاد تخلو من الكثير من المشكلات، جاء هذا العمل ليطرح بعضا من المشكلات المنتشرة بين أطفال الرياض. حيث يعرض كل فصل ما يهم الباحث أو المهتم بشؤون الأطفال من معلمين وآباء ومختصين بالطفولة مما يؤسس لفهم هذه المرحلة

النمائية الحرجة من حياة الإنسان بشكل دقيق، بحيث تسهم في التعامل مع المشكلات التي يتعرض لها طفل الروضة. ومن هنا فقد قسم الباحثان العمل إلى سبعة فصول جاء الفصل الأول منها ليعرض العوامل المؤثرة في نمو الطفل، وكذلك الاعتبارات التربوية للتعامل مع الأطفال في هذه المرحلة. ويقدم الفصل الثاني مفهوم المشكلة وكيفية تناول نظريات علم النفس لها بالتحليل. أما الفصل الثالث فقد قدم تشخيصا لمشكلات طفل الروضة، وجاء الفصل الرابع ليطرح عددا من المشكلات النفس اجتماعية ،أما الفصل الخامس فقد عرض مشكلات العادات وعلاجها، وقدم الفصل السادس عرضا لبعض المشكلات السلوكية وطرق علاجها. ونظرا لأهمية الجانب التطبيقي والتدريب العملي للعاملين في مجال الطفولة عرض الفصل السابع خطة عملية لتطبيقها على احد المشكلات المطروحة في الكتاب. ولم يتعرض هذا العمل إلى مشكلة الكذب أو السرقة وذلك لأسباب عديدة منها: أن الطفل في هذه المرحلة ما يزال في مرحلة خيالية وغير قادر تماما على التمييز بين الحقيقة والخيال، ولذلك لا يجوز الحكم على سلوكه بالكذب، كما أنه ما يزال متمركزا حول ذاته ويعتقد أن كل ما في الكون مسخر لخدمته، لذلك لا يجوز الحكم على سلوكه بالسرقة، مع ملاحظة أن معظم الكتب في هذا المجال قد تطرقت لمثل هذه المشكلات.

أخيرا نود القول أن المؤلفين راعيا أثناء العمل على إعداد هذا الكتاب أن تشمل المشكلات على قضايا خاصة فقط بطفل ما قبل المدرسة، مراعين في ذلك خصائص الطفل النمائية، وما يتعرض له، كما نود الإشارة إلى أننا تجنبا الخوف في الاضطرابات النفسية العميقة التي قد تظهر لدى بعض الأطفال، لأن نسبة انتشارها قليلة جدا، وبشكل عام لو قدر لكل مهتم أو معلم أو طالب قراءة هذا الكتاب، وتعامل مع طفل في سن ما قبل المدرسة فسيجد الفائدة والمعرفة المناسبة للتعامل معه، كما سيلاحظ التشويق والمتعة أثناء القراءة، ولذا ينصح باقتناء هذا الكتاب، وينصح أن لا تخلو مكتبة معلمة رياض أطفال، أو والدة مربية فاضلة، أو مهتم بتنشئة الأطفال ورعايته من هذا الكتاب.

والله الموفق



1

الفصل الأول

المقدمة عن طفل الروضة

- خصائص أطفال الروضة وبعض الاعتبارات الأساسية
- العوامل المؤثرة في نمو طفل الروضة


1

الفصل الأول

المقدمة عن طفل الروضة

طفل الروضة

أصبحت الروضة في العصر الحديث ضرورة من ضرورات نمو الإنسان، فهي مصدر للعلم لكنها قبل ذلك وبعده مصدر لتعلم المهارات الاجتماعية المهمة للطفل، ولهذا على المربين أن يتذكروا أن العملية التعليمية جزء من العملية التربوية وليست الأساس، كما يتوجب على الآباء تذكر حقيقة أن تعليم الأبناء في البيت لا يغني عن الجو المدرسي (جو الروضة) الذي يزود الطفل بكثير من المهارات الحياتية اللازمة. وفي أحيان كثيرة يصبح إلحاق الطفل بالروضة علاجا لبعض المشكلات عنده مثل قلق الانفصال، الخجل، ووجود مشكلات ناتجة عن الدلال الزائد، كما تكون المدرسة والروضة علاجا سلوكيا للطفل.

ففي الروضة يتعلم الطفل كيف يعبِّر عن نفسه، ويطمئن بعيداً عن المنزل، وينصاع للنظام الذي يفرضه الكبار. وتأسيسا على ما سبق تكون المدرسة علاجاً للطفل، فلا ينبغي للأسرة حماية أبنائها، لدرجة أنهم يخافون عليهم من الدخول إلى المدرسة بحجة خجلهم، أو خوفهم، أو بكائهم أو غير ذلك من الأمور التي نتخلص منها من خلال المناخ المدرسي.

خصائص أطفال الروضة وبعض الاعتبارات الأساسية

تعتبر الفترة التي يدخل خلالها الأطفال الروضة من أهم مراحل الحياة، ولذلك تسمى مرحلة ما قبل المدرسة، مرحلة النشاط الحركي المستمر، مرحلة السؤال، مرحلة النمو اللغوي، مرحلة التفكير الرمزي، مرحلة الانفعالات الشديدة. سن اللعب الرمزي، وتعتبر مهمة للأسباب التالية:

أولا: من الناحية الجسمية الحركية

- يعتبر الطفل في هذه المرحلة سريع النمو، ولديه قابلية للمرض.
- ويلاحظ تفوق البنات على البنين في سرعة النمو.
- كثير الحركة يحب اللعب والنشاط ويعتمد على العضلات الكبيرة أما نمو العضلات الصغيرة فيتأخر قليلا.
- تزداد قدرته على التحكم و الاتزان؛ لنمو عظام الجسم ولكن عظام الرأس لينة.
- يستطيع استخدام يديه بكفاءة
- حواسه تعد الركيزة التي يعتمد عليها في معرفة العالم من حوله ولذلك يجب الاهتمام بها وتنميتها من خلال الرحلات والزيارات.
- يتميز بطول النظر ويرى الأشياء البعيدة بدرجة أوضح من القريبة و يرى الأشياء الكبيرة كذلك أوضح من الصغيرة.
- ويسمى من الناحية الحركية سن اللعب الأفضل والأكثر فائدة للطفل وهو طريقته في التكيف مع الحياة، اللعب في الحياة المبكرة هو التربية في أفضل صورها. ومن فوائد اللعب للطفل في هذه المرحلة أنه:

أ- يتحرر من الشعور بالعجز ويستشعر القوة.
ب- هو أمر شخصي للغاية، ذو قوة جذب ذاتية.
ت- يمنح الطفل حرية العمل ويشعره بأنه حر.
ث- يزوده بعالم خيالي يستطيع التحكم به.
ج- يتضمن المغامرة وفحص الأشياء واكتشاف حقيقتها.
ح- يزود الطفل بقاعدة لبناء اللغة.
خ- للعب قدرة على بناء علاقات مع الآخرين.
د- يزود الطفل بفرص للسيطرة على الجسم (الحركة والانتقال، واستعمال الطاقة، الجري، القفز، التسلق).
ذ- ينمي اللعب الرغبة والتركيز وقوة الإرادة.
ر- وسيلة لتعلم أدوار الكبار (يمثلون دور الأم).

- وقد يظهر اللعب العنيف والفوضوي وهو طريقة لإطلاق طاقتهم الزائدة وهو ليس عدوانا ولكنه أحيانا لا يتم السيطرة عليه.
- ويظهر الطفل من الناحية الحركية عدم الاستقرار وكثرة الحركة، وهذا قد يكون من مؤشرات القدرة العقلية لديه.

اعتبارات من الناحية الجسمية والحركية والحسية:

١- عدم إجباره على الكتابة.
٢- تنمية العضلات الحركية الدقيقة.
٣- تركه ينام فهو يحتاج إلى ١٠ ساعات نوم يوميا.
٤- مساعدته على تفضيل استخدام إحدى اليدين يمين أو يسار.
٥- تشجيع النشاط الحر.
٦- تشجيع الطفل على ممارسة الألعاب.
٧- الاهتمام بالتغذية الجيدة.
٨- تعليمه ضبط الإخراج بأساليب هادئة، وعدم معاقبته إذا لم يتمكن من ضبط نفسه.
٩- تنمية الحواس من خلال الرسم واللعب والأناشيد.
١٠- كما يحتاج إلى إبعاد الأدوات الخطيرة عنه كالأدوية مثلا.
١١- ومن الناحية الجسدية أيضا يحتاج لزيارة طبيب الأسنان كل ستة شهور.
١٢- كما يحتاج من ناحية حركية لتنمية الحركات الدقيقة من خلال مثلا الرسم والتلوين وعدم إجباره بالمقابل على الكتابة.
١٣- كما لا بد من الاهتمام بمرحلة ما قبل النوم لأن لديه خيالا واسعا.

ثانياً: من الناحية الاجتماعية

- تعتبر الصداقة من أهم مظاهر النمو الاجتماعي.
- تظهر على الطفل بوادر النمو الاجتماعي مثل: حب السيطرة والقيادة والكرم والأنانية ولها أثرها في نموه الاجتماعي.
- ويبدأ بتكوين مدركات ومفاهيم بسيطة عن الحقائق الاجتماعية وتعلم العلاقات الاجتماعية العاطفية التي تربطه بأبويه وإخوته والآخرين.

- يبدأ بالتفريق بين الصواب والخطأ، والخير والشر، وتكوين الضمير.
- كما قد يبرز لديه صعوبة في مشاركة الآخرين مشاعرهم، الخوف من الفشل، يفضل اللعب في مجموعات صغيرة أو وحيدة.
- ويبحث عن لفت الانتباه.
- ويحب المساعدة والتدخل في شؤون الآخرين.

أبرز الاعتبارات التربوية للتعامل مع أطفال الروضة اجتماعيا:

١- الاهتمام بالعلاقات الاجتماعية وتشجيع الأطفال على تكوين صداقات مع الأطفال الآخرين ومن الجنسين، وتعليمهم التعبير عن انفعالاتهم بطريقة مقبولة اجتماعيا.

٢- مراعاة أن المستوى الاجتماعي يؤثر على الطفل، سواء الدخل أم العناية الطبية أم الطبقة الاجتماعية.

٣- الاهتمام بأساليب الضبط الوالدية فبعضها يؤكد على العقاب الجسدي، الأوامر، المصلحة الذاتية، الإيثار، السحب المؤقت للحب للحصول على الإذعان، النصيحة، الحفاظ على العلاقة وبنائها.

٤- كما يؤثر غياب الأب على الطفل مما يجعله يفقد الأمن، فلا يتعلم الطفل نتيجة لذلك الدور الجنسي المناسب، ولا يتلقى الدعم العاطفي الانفعالي المناسب له.

٥- أهمية تقليل أثر الخبرات المزعجة والمؤلمة على الطفل، كخبرة الطلاق فمن المهم الوصول لترتيب وضع الطفل، وأن يكون الزوج الراعي غير مزعج للطفل، وضرورة مشاركة الطفل الجسمية من قبل الأبوين، وعندما يلتقي الأبوان يفضل أن يكون اللقاء رضائيا، ولا يستخدم الطفل ليكره الزوج، ودعم الطفل ماليا قدر المستطاع، وعلى الزوج الراعي أن يكون متكيف نفسيا ولا يعاني من ضغوط كبيرة تؤثر على الأطفال الذين يتعامل معهم، وأن يبقي الصراع مع الزوج بأقل قدر من الخلاف.

٦- الاهتمام بلعب الطفل: يمارس الطفل أنواعاً مختلفة من اللعب مثل: اللعب غير المشغل حيث ينشغل بأنشطة عشوائية، واللعب المنعزل: يلعب الأطفال مع اللعب وليس مع آخرين، وهناك اللعب الموازي حيث يلعبون إلى جانب الآخرين وليس معهم، اللعب الترابطي حيث يتعامل الأطفال من خلاله مع الآخرين بالأنشطة نفسها، واللعب التعاوني حيث ينشغل الطفل بمجموعات منظمة من الأطفال.

٧- تشجيع الأطفال على اللعب دون اعتبار لدور الجنس.

٨- تشجيع الأطفال على القيام بالدور المهني التقليدي للذكر أو الأنثى.

ثالثا: من الناحية الانفعالية

يطلق على هذه المرحلة الطفولة الثائرة الهائمة للأسباب الآتية:

- لشدة ما تبدو عليه من انفعالات شديدة تتميز بالتنوع بين (الغضب، الفرح، الحزن) والتقلب المتطرف في الشدة والحدة.
- وبما يتصف به من شفافية في انفعالات فتكشف تعبيرات الوجه ومظهر الجسم عما يدور في خلده.
- يبدأ الطفل بتمييز الأدوار للأم و الأب و الأخوة ويتقمص الشخصيات المحب لها.

أبرز المشكلات التي يواجهها الأطفال من الناحية الانفعالية النفسية:

١- قلق الانفصال: خاصة إذا أراد الأب أن يغادر المنزل ويترك الطفل وحيدا.

٢- عدم الثقة بين الأطفال وآبائهم بسبب الحرمان والفقدان الأبوي، التوتر والشدة من قبل الآباء، تعرض الأطفال لخبرات عنيفة ومخيفة كالإساءة الجنسية، النقد وعدم الاستحسان من قبل الآباء، ممارسة الحماية الزائدة حيث لا تسمح بتطوير الاستقلالية، وتشجيع الدلال والتسامح الزائد.

٣- تبرز في هذه المرحلة الغيرة بشكل واضح لدى الأطفال.

٤- الإساءة للأطفال من قبل الآباء عن طريق التجاهل أو الاعتداء عليهم.

٥- تبدأ مشاعر الغضب (ويحتاج لنماذج حول كيف يتعامل مع الغضب ويسيطر عليه ويحتاج لمساعدة حول كيفية تصريف غضبه).

٦- قد يظهر حب العصيان والميل نحو المنافسة والاتجاه نحو الاستقلالية في تناول الطعام والملابس.

٧- كما يتصف بالأنانية، لأنه يمتاز بالتمركز حول الذات.

٨- قد يظهر العناد والرغبة في فرض السيطرة (وللتخلص من العناد ساعد الطفل على تلقي مشاعر مناسبة، تهدئة الطفل، العناق والتلامس الجسدي، مشاهدة الوجه السعيد، سماع الصوت السار، إظهار الآباء المحبة لأطفالهم من خلال الكلمات والاتجاهات).

اعتبارات تربوية للتعامل معهم من الناحية الانفعالية:

- تزويد الأطفال بمقدم رعاية (مربي) بديل ليزود الطفل بالرعاية التي يقدمها الآباء حتى لا يحدث قلق انفصال.
- الاستجابة لبكاء الأطفال وترى نظرية التعلق في هذا المجال، ضرورة الاستجابة السريعة لبكاء الأطفال لأن تجاهل بكائهم في وقت مبكر من حياتهم يجعلهم يميلون للبكاء بشكل مستمر ومتكرر فيما بعد.
- من الضروري التركيز على مربية الطفل حتى لا تكون خبرة مزعجة وهنا لا بد من الإعداد لوجود مربية للطفل وبحضور أفراد الأسرة في البداية.
- ومن الضروري الانتباه أيضا للحضانة التي يترك فيها الطفل بحيث لا تكون مكتظة بالأطفال وغير مؤهلة للعناية بهم، أو تقدم خدمات غير مناسبة ويسمح فيها باللعب، وأن يتعرف على معلمته والسماح للوالدين بالبقاء مع الطفل خلال الفترة الأولى وتركه بالتدريج.
- تعليم الأطفال التعبير عن الانفعالات وقيام الأهل بتعلم طرق للتعبير عن الانفعالات تجاه أطفالهم، كالعناق والتقبيل والتعبير اللفظي أو السلوكي، وللإنفعالات أربعة عناصر هي:

أ - المثيرات التي تستجر ردود الفعل.
ب- المشاعر وهي خبرات شعورية سلبية أو إيجابية نعي بها.
ت- الإثارة الفسيولوجية الناتجة عن إفراز الهرمونات من الغدد الصماء.
ث- الاستجابة السلوكية للانفعالات مثل الخوف من كلب.

- تعليم الطفل التعبير عن الغضب عن طريق تقديم نموذج إيجابي للطفل من قبل الآباء، تعليم الأطفال تصريف الغضب وتمرينهم على الضبط مثلا خلال النشاطات الجسدية واللفظية واللعب الموجه، مثل: أخرج العب بالساحة حتى يتوقف غضبك، لنتحدث عما جعلك غضبان، ثم جعل الطفل يستعمل دمى تمثل الغضب ويعبر من خلالها عن غضبه بواسطتها، إخبار الأطفال أننا نلاحظ ونعرف أنهم غاضبون، وفي حالة استمر الغضب واشتد لا بد من البحث عن الأسباب ذات العلاقة.
- يلاحظ عند بعض الأطفال النشاط الزائد والاندفاعية وضعف الانتباه من خلال سلوكيات معينة مثل الثرثرة والركض والتسلق وصعوبة في إتباع التعليمات المعطاة لهم وهنالك علاج بالعقاقير وآخر بالدواء وآخر نفسي وآخر تعليمي.
- التحذير من العقاب وخاصة البدني وخطورة نبذ الطفل والسخرية منه ومراعاة الغيرة بينه وبين إخوته من جهة وبينه وبين الآخرين من جهة أخرى، والثبات في معاملة الطفل وعدم التذبذب في معاملة الطفل.
- ويحتاج إلى الشعور بالنجاح وبالتالي لا بد من تعزيز أي فرصة تشعره بالنجاح.
- ويحتاج إلى التقبل كإنسان مع اختلاف عن جنسه وشكله ولونه لأنه يبدأ هنا بتكوين مفهوم الذات (وهو الصورة التي يكونها الطفل عن ذاته ومن الضروري أن يطور الأطفال مفهوما إيجابيا عن الذات).

رابعاً: الناحية العقلية

- تسمى مرحلة السؤال فالأسئلة أحيانا مملة وسخيفة ومحرجة، والمهم عدم إحباطهم بعدم الإجابة، وتشكل أسئلة الطفل هنا ١٥٪ من حديثه. ويستخدم الأسئلة والطلبات والأوامر كوسيلة اتصال بالعالم لماذا؟ أريد؟.

- ومن الناحية المعرفية أيضا تسمى مرحلة المبادرة مقابل الشعور بالذنب: فيبدأ الأطفال بالمبادرة، ويحتاج الأطفال في هذه المرحلة إلى تأكيدات من الكبار بأن مبادراتهم مقبولة وبأن مساهماتهم مقدرة حق قدرها مهما كانت صغيرة، فالأطفال تواقون لحمل المسؤولية، فإذا تدخل الآخرون في أطفالهم بدرجة تمنعهم التحمل للمسؤولية، ولم يسمح لهم بأن يقوموا بالأفعال بأنفسهم فسيؤدي ذلك إلى الإحساس بالذنب لديهم، وربما أدى عدم السماح لهم إلى تكوين اعتقاد بأن ما يرغبون في القيام به خطأ دوما. ولتشجيع المبادرة:
  أ - اترك للأطفال حرية اختيار الألعاب.
  ب- تأكد أن لكل طفل حظا في تذوق النجاح.
  ت- أن يكون الآباء واسعي الصدر ويستوعبوا الحوادث والأخطاء خصوصا عندما يحاول الأطفال تنفيذ الأوامر وحدهم.
  ث- تشجيع التمثيل وعرض قصص وترك الحرية للأبناء بأن يجربوا جميع الأدوار في اللعب.
- يتطور اللعب الرمزي لديه (فيلعب دور الطبيب ويأخذ أمه إلى المستشفى أو دور رجل الأمن أو دور المعلمة).
- يتأثر بالتقليد بشكل كبير.
- يعتبر من أفضل الأوقات من أجل مساعدة الفرد في تعلم مهارات حياتية منها: مهارة الاستماع والتواصل مع الآخرين، ومهارة حل النزاعات والتسامح مع الآخرين.
- يبدأ بممارسة العديد من الأنشطة التي يحتاجها الطفل في المستقبل ويمكن التعرف من خلال سؤاله عن بعض الأمور من مثل: (عندما تكبر، شو حاب تعمل؟ كيف تقضي وقتك؟ أين تسكن؟ شو حاب تحكي لوالدك ووالدتك ومعلمتك؟ ما تحبه في أفراد أسرتك؟ معلومات شخصية عنك؟ ما هي هواياتك؟ أين تحب أن تقضي عطلة الأسبوع؟ ماذا تتخيل أنك ستشاهده وستفعله؟.

- الإدراك: سهولة إدراك الحروف الهجائية المتباينة كالألف والميم ولكن يصعب عليه إدراك الحروف المتقاربة مثل الباء والتاء، لا يدرك الزمان إدراكاً صحيحاً في بداية هذه المرحلة وأكثر رغباته في الحاضر ويتزايد خبراته ونموه العقلي يتزايد تمثله لفكرة الزمن، ويمكنه في سن الرابعة إدراك اليوم وأمس وغداً، والصباح، وبعد الظهر أو المساء، تتوسع اهتماماته (تلفزيون، ألعاب، قراءة).
- الفهم: تنمو قدرة الطفل على فهم كثير من المعلومات البسيطة وكيف تسير بعض الأمور التي يهتم بها.
- التذكر: يزيد التذكر المباشر لدى طفل ما قبل المدرسة فيتذكر طفل الثالثة مثلاً ثلاثة أرقام وطفل الرابعة والنصف يتذكر أربعة أرقام، ويكون تذكر الكلمات والعبارات المفهومة أيسر من تذكر الغامضة منها، ويستطيع الطفل تذكر الأجزاء الناقصة في الصورة، وتنمو القدرة على الحفظ وترديد الأغاني والأناشيد.
- الانتباه: يتميز انتباه الطفل في بداية مرحلة ما قبل المدرسة بعدم التركيز ثم يتحول شيئاً فشيئاً ليزداد حدة، وخاصة في كل ما يرتبط ارتباطاً وثيقاً باهتماماته، ومع ذلك ففي الرابعة وما قبلها يتميز الطفل بقصر مدى الانتباه الإرادي وفي الخامسة والسادسة يزيد مدى الانتباه والتمكن من التركيز لفترة أكثر طولاً من ذي قبل.
- الذكاء: يزداد نمو الذكاء ويكون إدراك العلاقات والمتعلقات عملياً وبعيداً عن التجريد، وتعميمات الطفل تكون في حدود ضيقة، يستطيع الطفل في سن الرابعة وما بعدها الربط وإدراك العلاقات ومتابعة المتاهات والألغاز ولعب الفك والتركيب والمكعبات، والتصنيف والتسلسل والتتابع، وحل المشكلات.
- التفكير: يتميز طفل ما قبل المدرسة بالتفكير الحسي فهو لا يدرك المعنويات كالفضيلة والرذيلة والعدل والحق والجمال وإنما ما هو محسوس يتعرفه ويدركه بحواسه المختلفة، فهو أحادي التفكير بمعنى أنه يتأثر بجانب واحد من المثير دون جوانبه الأخرى، ويكون تفكير الطفل ذاتياً يدور حول نفسه أو ما يرتبط به هو، ويصبح قادرا على الاستنتاج البسيط، ويكون لديه القدرة على عزو الخصائص الحيوية إلى الأشياء غير الحية (الإحيائية) فيقول الكرسي جعلني أسقط أرضا، الكرة شريرة إنها تكرهني.

- التخيل: يشغل التخيل حيزاً كبيراً في النشاط العقلي لأطفال ما قبل المدرسة، ويكون التمييز بين الوهم والواقع أمراً صعباً على طفل الثالثة أو الرابعة وإن كان لا يقصد تشويه الحقيقة، ومن ثم يغلب اللعب الإيهامي على نشاط الطفل وهو تخيل متحرر من قيود الواقع.
- اللغة: تعتبر الفترة التي يتسارع فيها النمو اللغوي لدى الطفل فتتطور اللغة أكثر في الفترة بين الثانية والخامسة من العمر، إذ يزيد عدد المفردات من ٥٠ إلى ١٠٠ إلى أكثر من ٢٠٠٠، ومن دراسات لغة الطفل، فقد تبين أن طفل الرابعة ينطق ٧٧٪ من أصوات اللغة نطقا صحيحا و٨٨٪ في سن خمس سنوات وتصل النسبة إلى ٨٩٪ في سن ست سنوات، ويبلغ حجم مفردات طفل الرابعة (١٤٥٠) كلمة وطفل الخامسة حوالي (٢٠٠٠) كلمة وطفل السادسة حوالي (٢٥٠٠) كلمة.
- تتوسع اهتماماته (تلفزيون، ألعاب، قراءة).

الرعاية المعرفية وتكون من خلال:

١- يحتاج أطفال الروضة لتنمية ذاكرتهم، وليس إضعافها بأن لا نحشوها بالمعلومات، وإنما نوسع مداركهم بالأغاني البسيطة والمهارات العملية والتمثيل والقصص والألعاب والرسم (وعدم الاعتماد على طريقة واحدة) فتنمو لديهم ذاكرة الأماكن والأحداث والأسماء وتبدأ تتهيأ لديهم الذاكرة التتابعية وتزيد من سعة الذاكرة لديهم.

٢- أهمية تنمية الدافع للتحصيل، وتشجيع حب الاستطلاع، وتزويده بمعلومات عن المدرسة.

٣- ضرورة زرع حب القراءة لدى الأطفال (شجع كل مبادرة للقراءة من قبل الطفل، اصحبه إلى المكتبة، اقرأ ليقرأ طفلك).

٤- لأنه الوقت الأنسب لممارسة العديد من الأنشطة التي يحتاجها الطفل في المستقبل (عندما أكبر، شو حاب تعمل، زملائي، مساعدة الآخرين، كيف تقضي وقتك، أين أسكن، الحيوانات الأليفة، شو حاب تحكي لوالدك

ووالدتك ومعلمتك، ما أحبه في أفراد أسرتي، ملابسي، معلومات شخصية عني، رحلة بالمنطاد، هواياتي، الرسم، رحلة خاصة لتنمية الخيال، أين تحب أن تقضي عطلة الأسبوع، ماذا تعتقد أنك ستشاهده وستفعله، واجبي في المدرسة وكيف تختلف عن البيت).

٥- التعامل مع الأطفال الذين لديهم ثنائية لغة، بأن يتم اختيار لغة واحدة مفضلة ويفضل اللغة العربية.

٦- تشجيع الأطفال على الكلام والاستماع لهم أثناء حديثهم.

٧- التعامل مع أسئلة الطفل وخاصة الجنسية والعمل على إجابة أسئلتهم بما يناسب قدراتهم العقلية وحاجاتهم.

٨- مراعاة وسائل الإعلام، والتي قد تزيد من خيال الطفل ولعبه العنيف بطريقة فوضوية ومبالغ فيها.

العوامل المؤثرة في نمو طفل الروضة

أولاً: الوراثة

الوراثة هي: انتقال السمات من جيل لآخر، عن طريق التناسل، وبلفظ آخر يقصد بالوراثة كل ما يرثه الفرد عن آبائه و أجداده من السمات والصفات والخصائص والقدرات، وتنتقل هذه السمات عن طريق الجينات - ناقلات الوراثة - التي تحملها الكر وموسومات التي تحتويها البويضة الأنثوية المخصبة بعد اتحادها مع الحيوان المنوي الذكري بعد عملية الجماع، حيث تحتوي هذه الخلية المخصبة على ٤٦ كروموسوماً.

وبناء على ذلك تتحدد كثيرا من مظاهر النمو خاصة الجسمية والعقلية، فالإنسان يرث الاستعدادات العقلية والخصائص الجسمية مثل لون البشرة والطول والقصر والملامح العامة وكذلك الذكاء والقدرات الخاصة وهذه لا يمكن ربطها كلية بالوراثة وإنما تتشكل بفعل التبادل بين الوراثة والبيئة، كذلك يمكن انتقال بعض الأمراض عن طريق الوراثة حيث تنقلها جينات متنحية (جينات عاطلة)،

فإذا انتقل إلى الطفل جين يحمل المرض من والده و جين متنح يحمل المرض نفسه من والدته ظهر لديه المرض، وكذلك الحال في بعض الأمراض العقلية والجسدية والتي تنتقل بفعل الوراثة ولكنها تحتاج إلى مثيرات بيئية لتنشيطها مثل مرض السكري وعمى الألوان وضغط الدم والصرع والفصام.

ثانياً: الغدد الصماء

يحتوي الجسم على مجموعتين من الغدد، إحداهما غير صماء وتفرز هرموناتها خارج الجسم مثل اللعابية والعرقية والدمعية، والأخرى صماء تفرز هرموناتها في الدم مباشرة وترتبط ارتباطا وثيقا ومباشرا بكثير من جوانب السلوك البشري، والوظيفة الرئيسية لها إفراز مواد كيميائية (هرمونات) تساهم في تحقيق تكامل وظائف الجسم ونموه عبر المراحل الارتقائية المختلفة

الغدد الصماء ومواقعها ووظائفها واضطراباتها

الغدة	موقعها	وظائفها واضطراباتها
النخامية	تقع بين ثنايا الأجزاء المركزية للمخ، ولها فصان أمامي وخلفي.	• تسيطر على نشاط الغدد الأخرى، وتعتبر همزة الوصل بين جهاز الغدد والجهاز العصبي. • تفرز هرمون النمو المسئول عن النمو، ويؤدي نقص هذا الهرمون إلى القزامة وزيادته للعملقة.
الدرقية	تتكون من فصين على جانبي القصبة الهوائية.	• تقوم بتنظيم عمليات الأيض (الهدم والبناء). • يؤدي زيادة إفرازها إلى نتائج سلوكية واضحة تشمل التفكير والانفعال والإدراك إذ تحدث أنواعا مختلفة من الخلط والهذيان، وتزداد سرعة عمليات الهدم والبناء ويزداد ضغط الدم وعدم الاستقرار الانفعالي والتوتر. • نقص إفرازها يؤدي إلى تساقط الشعر والإحساس المفرط بالبرودة والخمول والكسل، وبطء في النمو وجفاف الجلد وقصر القامة.

الغدة	موقعها	وظائفها و اضطراباتها
جارات الدرقية	تتكون من أربع غدد صغيرة ملاصقة للغدة الدرقية اثنتان على كل جانب.	• وظيفتها ضبط عمليات تمثيل الكالسيوم والفسفور وتكوين العظام والنشاط العصبي والعضلي. • نقص إفرازها يؤدي إلى الكزاز أو التتانوس. • زيادة إفرازها يؤدي إلى تضخم الغدة الدرقية، وتسبب هشاشة وتشوه العظام.
البنكرياسية (جزر لانجر هانز)	في البنكرياس.	• تفرز هرمون الأنسولين الذي ينظم ويضبط استهلاك السكر في الدم. • نقص هذا الهرمون يؤدي إلى مرض السكر. • زيادته تؤدي إلى أيض الكربوهيدرات.
الكظرية	عبارة عن غدتين فوق الكليتين.	• يخضع إفرازها لتنبيه من الجهاز العصبي السمبتاوي، وعندما يتم هذا التنبيه تفرز هرمونان هما: الأدرينالين والنور أدرينالين يتحكمان في استجابة الجسم للمواقف الانفعالية الطارئة بصورة إيجابية فعّالة.
التيموسية	في التجويف الصدري.	• تنمو بسرعة حتى نهاية السنة الثانية، ووظيفتها كف النمو الجنسي، وتبدأ في الاضمحلال عند البلوغ. • يسبب نقص إفرازها البكور الجنسي، وزيادة إفرازه تؤخر النضج الجنسي.
الصنوبرية	تحت سطح المخ عند قاعدته.	• وظيفتها تعطيل الغدد التناسلية حتى لا تنشط قبل مرحلة المراهقة. • اضطراب الغدة يؤدي إلى اضطرابات في النمو والنشاط الجنسي.
الجنسية	المبيضان في حوض الأنثى، و الخصيتان في الصفن وراء قضيب الذكر.	• من وظائفها النمو عن طريق إفراز الهرمونات الجنسية، والتكاثر عن طريق البويضات والحيوانات المنوية. • نقص الإفراز يسبب نقص نمو الخصائص الجنسية الثانوية وقد يسبب العنه والعقم والاضطرابات النفسية.

ثالثاً: الجنس أو النوع

يلعب عامل الجنس دورا هاما في النمو الجسمي والانفعالي والعقلي للطفل، فعند الميلاد يزيد حجم الأولاد عن البنات، ولكن البنات ينمون بسرعة أكبر ويصلن إلى سن المراهقة قبل الأولاد بعامين تقريبا والنمو الانفعالي أكثر استقرار لدى البنات عنه عند الأولاد وبالنسبة للنمو اللغوي فالبنات أسرع نظرا لالتصاقهن بالأسرة بشكل أكثر والأولاد يتفوقون في القدرات الميكانيكية و الرياضية.

رابعاً: البيئة

ويقصد بها كل العوامل الخارجية التي تؤثر في الفرد تأثيرا مباشرا أو غير مباشر منذ أن يتم الإخصاب، وتتضمن:

١- البيئة الرحمية، ومن العوامل التي تؤثر على نمو الجنين في البيئة الرحمية ما يلي:

- غذاء الأم: فإذا كان غذاء الأم صحيا فهذا يؤدي إلى نمو الجنين بشكل طبيعي، كذلك هناك علاقة بين نقص التغذية وبين حدوث الإجهاض وموت الأجنة وحدوث التأخر البدني كالكساح وفقر الدم وأيضا التأخر العقلي والاضطرابات النفسية.
- الحالة الصحية للأم: ، فمثلاً إصابة الأم بالحمى الألمانية يؤدي بالجنين إلى الصمم أو البكم أو التأخر العقلي، كما أن اضطراب إفراز الغدد لدى الأم يؤدي إلى إعاقة نمو الجنين.
- الحالة النفسية للأم: وهذه تؤثر بشكل غير مباشر على نمو الجنين، حيث ينعكس ذلك على النواحي الفسيولوجية ويضطرب إفراز الغدد ويتغير التركيب الكيميائي للدم مما يؤثر بدوره على نمو الجنين، كما أن هناك علاقة بين التقلبات الانفعالية للحامل وبين زيادة حركة الجنين، وكذلك مع صعوبات الولادة.
- عمر الأم: فالسن الملائم للحمل هو من ٢٠ إلى ٣٥ سنة، حيث أن الحمل بعد هذا السن قد يؤدي لصعوبات أثناء الحمل و الولادة، وتزداد

احتمالات إصابة أطفالهن بحالات التأخر العقلي، وأما قبل ذلك فقد يحدث حالات ولادة غير كاملة بالأشهر التسعة، أو أطفال ناقصي الوزن أو حالات إجهاض متكررة.

- تعرض الأم للإشعاع: فقد يؤدي إلى التأخر العقلي والتشوهات الجسمية أو إلى الإجهاض.
- تناول الأم العقاقير: فتناول الأسبرين بجرعات عالية يقلل من وزن الأطفال عند الولادة وفقر الدم عند الأم، والمضادات الحيوية لها تأثير ضار على نمو الأجنة وتعاطي المهدئات أو الكورتيزون للتشوهات الجنينة، وعقار الفاليوم للأورام السرطانية.
- التدخين والمشروبات الكحولية: ، فزيادة التدخين قد يؤدي إلى وفاة الوليد في أسبوعه الأول، ويكون مواليد المدخنات أقل وزنا من أقرانهم وقد يلدن أطفالا غير مكتملي النمو، كما تؤثر المشروبات الكحولية على ذكاء الأطفال ونموهم البدني وتزداد نسبة التشوهات البدنية والتأخر العقلي بينهم.

٢- البيئة الخارجية: ويقصد بها العوامل المادية والاجتماعية والثقافية والحضارية التي تؤثر على الأفراد بعد الولادة:

- البيئة الاجتماعية: تعتبر الأسرة الخلية الاجتماعية الأولى التي تتلقى الفرد فينشأ في أحضانها ويتلقى الرعاية من أعضائها، وتقوم الأم بدور أساسي حيث يعتمد عليها الطفل في إشباع حاجاته العضوية ثم تتطور العلاقة إلى علاقة نفسية ثم تتطور منها علاقات أولية أساسية تربط الطفل بأبيه وأخوته، ويرى اريكسون أن أساس ثقة الطفل بنفسه وبالعالم من حوله تتوقف إلى حد كبير على نوع علاقته بأمه في مراحل نموه المبكرة، كذلك فشعوره بالرضا والسعادة والاستقرار الانفعالي يعتمد على الجو الأسري، ومع نموه تزداد دائرة معارفه ويتأثر بمؤسسات اجتماعية أخرى كما أن الخلفية الاجتماعية الاقتصادية تؤثر على نموه.
- البيئة الثقافية والحضارية: الثقافة هي المجموع الكلي لطرائق العمل

والتفكير المرتبطة بالماضي والحاضر للمجتمع، وتعتبر ميراث اجتماعي يشب عليه الطفل وينشأ فيه، وهي تؤلف مجموعة من التوقعات والنماذج لما يقوم به الطفل النامي أو ما يتجنبه وتسعى الثقافة لتكوين عادات معينة وأساليب وطرائق للتفكير لدى الأطفال ونمو عادات واتجاهات وقيم معينة، كما أن الخلفية الثقافية للأسرة لها دورها في التأثير على ادراكات الأطفال وتطبيقهم للمعايير الثقافية.

- التغذية: الغذاء الذي يأكله الإنسان هو أصل المادة التي تعمل على تكوين الجسم ونموه والمصدر الأساسي للطاقة وللسلوك جسميا وعقليا، ويعتمد الفرد على الغذاء في نموه وبناء خلاياه التالفة وتكوين خلايا جديدة وتجديد الطاقة ونمو الفرد يتأثر بنوع وكم غذائه، ويؤدي نقص التغذية إلى أمراض مثل لين العظام والإسقربوط وضعف قدرته في مقاومة الأمراض، كما أن سوء التغذية يؤدي إلى تأخير النمو ونقص النشاط والتبلد والسقم، كما أن عدم التوازن الغذائي يؤدي إلى حدوث اضطرابات في النمو.

خامساً: العوامل الثانوية

- المرض والحوادث: هناك مجموعة من الأمراض التي قد تتعرض لها الأم الحامل مثل الزهري و الحصبة الألمانية والولادة المتعسرة قد تؤثر على النمو العقلي للطفل، وكذلك إذا تعرض لها الطفل نفسه فهي تؤثر على نموه الجسمي والعقلي، والطفل المريض بمرض معد مثل السل أو الهيموفيليا يعيش قلقا مضطربا خائفا على حياته فتضيق دائرة معارفه ويتأخر نضجه، كما ان العاهات الجسمية قد تؤدي إلى بعض الاضطرابات في الشخصية والتوافق العام.
- الانفعالات الحادة فقد توصلت بعض الدراسات التي أجريت على أطفال الملاجئ إلى أن الانفعالات القوية والحادة التي تعرضوا لها قد أدت إلى تأخير سرعة نموهم.

- الولادة غير الكاملة بالأشهر التسعة: حيث تؤدي إلى تأثير سيء في حياة الطفل وسرعة نموه، وتزداد نسبة الوفيات بينهم، وقد أثبتت الدراسات أنه كلما نقصت فترة الحمل زادت نسبة الوفيات.
- عوامل الطقس والمناخ: يتأثر معدل النمو بدرجة نقاء الهواء الذي تنفسه الطفل، فمعدل نمو أطفال الريف أسرع من أطفال المدن، كما أن لأشعة الشمس أثرها الفعال في سرعة النمو خاصة الأشعة فوق البنفسجية.



الفصل الثاني

المشكلة ونظريات علم النفس

- تعريف المشكلة
- أبرز النظريات التي اهتمت بالطفولة المبكرة

أولاً : النظرية التحليلية لفرويد

ثانياً : نظرية العلاقات الشخصية المتبادلة لسوليفان

ثالثاً : النظرية السلوكية

رابعاً : علم النفس الإنساني إبراهام ماسلو (هرم الحاجات)

خامساً: تحليل التفاعل

2

الفصل الثاني

المشكلة ونظريات علم النفس

تعريف المشكلة

هناك العديد من التعاريف لمفهوم المشكلة Problem، فالمشكلة كما عرفها (سميث) (Smith) : موقف يسعى فيه الفرد للبحث عن وسائل فعالة للتغلب على عائق أو عوائق تحول دون الوصول لهدف ذي قيمة.

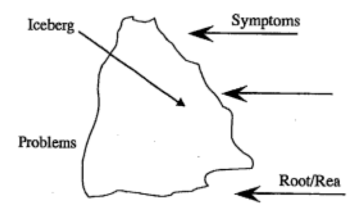
والمشكلة حسب درجة ظهورها إما تكون بارزة أو خفية أو كامنة:





بارزة   خفية   كامنة

حيث يمكن تشبيه عملية تشخيص المشكلة بظاهرة جبل الجليد



لذا نرى بأنه عند تشخيص المشكلة يجب الاهتمام بجذور المشكلة أو أسبابها التي أدت لحدوثها، كما يجب الاهتمام بالأعراض الظاهرة للمشكلة والتي تكشف لنا عن حجم المشكلة، كما يجب الاهتمام بالمشكلة كما هي وآثارها الحالية والمستقبلية على الفرد.

أبرز النظريات التي اهتمت بالطفولة المبكرة

أولاً: النظرية التحليلية لفرويد

كان فرويد يرى أن كل أشكال السلوك ناتجة عن المحددات الشعورية واللاشعورية، فسلوك الإنسان ليس حرا إنما هو عشوائي وتلقائي إلى حد ما، كما أن المحددات اللاشعورية محكومة بقواعد ولها تأثير على الأفكار والتصرفات أكثر من المحددات الشعورية (Shilling,1984).

كما أكد فرويد على أهمية الغرائز في تشكيل الطبيعة الإنسانية، ويرى بأن هذه الغرائز فطرية، حيث أن لدى الإنسان مجموعتين من الغرائز وهما:

أ- غرائز الحياة أو الجنس Eros

وهي تشتمل على القوى التي تحافظ على بقاء الذات، وعلى العمليات الحياتية اليومية، وطاقة هذه الغرائز تسمى الطاقة الجنسية Libido

ب - غرائز الموت

وهي وراء مظاهر القوة والعدوان والانتحار والقتل، حيث أن لدى الإنسان كما يرى فرويد رغبة لا شعورية في الموت. وهكذا يظهر أن فرويد أكد بشكل كبير على دور العوامل البيولوجية مثل الوراثة والنضج.. في نمو السلوك الإنساني، كما أنه ركز على فكرة أن سلوك الإنسان حتمي، بمعنى أنه محدد مسبقا بالخبرات الماضية وخاصة خبرات السنوات الخمس الأولى من حياة الفرد، وبالتالي سيكون من الصعب تغييره. (Patterson,1986)

كما يرى فرويد أن مما يساهم في بناء الشخصية جوانب ثلاثة لكل منها صفاته ومبادئه وخصائصه، وهي تتفاعل معا لتشكل وحدة متكاملة، وهذه الجوانب الثلاث هي:

الجانب	الهو	الأنا	الأنا الأعلى
بدايتها	نولد مزودين بها.	تتكون من الهو عند ٦-٨ شهور، وتنتج عن خبرة الفرد بجسمه والعالم الخارجي.	تتكون من الأنا عند ٣-٥ سنوات وتنتج عن التوحد مع معايير الوالدين وتحلل عقدة أوديب.
أصلها من مكونات العقل	لا شعورية تماما.	تتكون من جزء شعوري وآخر لا شعوري وثالث قبل شعوري.	تتكون من جزء شعوري والآخر لا شعوري.
كيف تقوم بعملها؟	تقوم بعملها بطريقة فوضوية لا منطقية لا أخلاقية ليس لديها إحساس بالوقت والمنطق.	تقوم بعملها كالأعمال المنطقية مثل حفظ الذات وحل المشكلات.	تعمل من خلال تشرب الأخلاقيات وربما تكون واقعية أو غير منطقية وتثير مشاعر الأنا بالذنب او الكبرياء او الاحتكار.
المبدأ الذي تعمل ضمنه	تعمل ضمن مبدأ اللذة، وتعبر عن الدوافع والتوترات البيولوجية.	تعمل تبعا لمبدأ الواقع، وتؤخر إشباع الحاجات إلى أن تأتي الفرصة المناسبة.	تحركها الطاقة المحددة التي كونتها وتلتزم بمعاييرها.
مما تتضمن؟	تتكون من غرائز فطرية موروثة.	تتضمن القلق وتستخدم ميكانزمات الدفاع.	تتضمن الأنا المثالية والضمير.
مدى قوتها	ربما تكون قوية جدا وقاسية او قد تكون ضعيفة وينتج عن ذلك في كلتا الحالتين المرض النفسي.	كلما كانت الأنا قوية تحققت سوية الشخصية وصحتها.	ربما تكون قوية جدا وقاسية وقد تكون ضعيفة وينتج عن ذلك في كلتا الحالتين المرض النفسي.

(عبد الرحمن، ١٩٨٨)

أما نمو الشخصية فقد رأى أن الشخصية تتطور من خلال مراحل خمسة وهي:

المراحل	العمر	المظاهر العامة	الاضطراب
المرحلة الفمية Oral Stage	السنة الأولى	• المصدر المبدئي للمتعة هو الفم. • بعد ظهور الأسنان يلجأ الطفل للحصول على المتعة من خلال العض.	• العلاقة القوية جدا مع أمه يصبح الطفل اعتماديا. • العلاقة الضعيفة والمتوترة مع الأم يطور الطفل من خلالها مشاعر عدم الأمن.
المرحلة الشرجية Anal Stage	السنة الثانية والثالثة	• مصدر المتعة المنطقة الشرجية. • الإخراج عملية مهمة جدا في حياة الطفل هنا. • التدريب على النظافة واستعمال التواليت	• نوعية العلاقة بين الطفل والوالدين أمر حاسم، فالقسوة تجعل الطفل يلجأ للتمرد عن طريق الاحتفاظ بالفضلات، أو تطور شخصية تتسم بالبخل والعناد.
المرحلة القضيبية Phallic Stage	بين ثلاث وخمس سنوات	• الاهتمام بالأعضاء التناسلية وزيادة الخيال والفضول الجنسي. • ظهور نمط العلاقة الاجتماعية والعاطفية بالوالدين. • عقدة أوديب لدى الذكر وعقدة الكترا لدى الأنثى	• يفقد الطفل شعوره بالهوية نتيجة عقدة أوديب السلبية (يخاف أن يفقد قضيبه). • الخوف الزائد لدى الأنثى نتيجة فقدانها للقضيب.
مرحلة الكمون Latency Stage	٥-١٢ سنة للبلوغ	• استبدال المشاعر الجنسية بمشاعر من المحبة. • تقوي الأنا وينخرط الطفل بنشاطات معرفية في المدرسة. • يميل الطفل لقضاء وقت أطول مع الأطفال نفس الجنس. • يتشرب المزيد من القيم الوالدية ويتشكل مركز الأنا الأعلى.	• قد يطور الأطفال الخجل نتيجة عدم الكفاءة المعرفية. • قد يميل بعض الأطفال للتركيز على نفس الجنس والاستمرار بقضاء وقت أكثر معه في المرحلة التالية.
المرحلة التناسلية Genital Stage	١٣-١٨ سنة	• يظهر التطبيع الاجتماعي والمشاركة في النشاطات الجماعية. • يحصل على المتعة من خلال العلاقة مع أفراد الجنس الآخر.	• التثبيت في مراحل سابقة وعدم الدخول في هذه المرحلة.

أما السلوك المضطرب فقد رأى أنه يساهم في تطوره عوامل عدة وهي:

١- العوامل البيولوجية: حيث يعاني الفرد منذ ولادته من العجز والاعتمادية ونتيجة لذلك يزداد القلق لديه.

٢- العامل النشوئي النوعي: ويقصد به أنه خلال مراحل النمو الجنسي توجد فترة انقطاع أو اضطراب وهي مرحلة الكمون، فالفرد في المراحل التي تسبق مرحلة الكمون ينظر للرغبات الجنسية على أنها محرمة، ويميل إلى كبتها، لذا قد يحدث السلوك العصابي بسبب إتباع الفرد نسبب الأسلوب في المراهقة وبعدها، بحيث يكبت رغباته الجنسية.

٣- العامل النفسي: بسبب الصراعات بين مكونات العقل (الهو- الأنا - الأنا الأعلى) أو بسبب حدوث التثبيت في إحدى المراحل النفسية الخمسة السابقة، أو بسبب تهديد الأنا ونتيجة لذلك يظهر القلق ويشير فرويد لثلاث أنواع من القلق وهي:

أ - (القلق الواقعي (الموضوعي) وهو خبرة انفعالية غير ممتعة تنتج من إدراك الفرد إلى وجود خطر في العالم الواقعي، كالخوف من شيء يستدعي الخوف مثل اقتراب حيوان مفترس.

ب - القلق العصابي: وهنا تصبح مخاوف الأنا مبالغ فيها بسبب متطلبات الهو الغريزية، ونتيجة لهذا القلق قد تظهر نوبات الهلع وقد يظهر خوف غير منطقي من شيء لا يستدعي الخوف، وقد يظهر خوف مزمن من خطر وشيك الحدوث لا يوجد ما يثبت حدوثه.

ث - القلق الأخلاقي: وهو نتيجة للصراع بين دوافع الهو ووظائف الأنا الأعلى والتي عادة ما يصاحبها مشاعر قوية من الذنب والزيف. وفي النوعين الأخيرين يعتبر القلق مرضي ويحتاج لمعالجة. (Silling,1984& Corey,2001&patterson,1986)

ثانياً: نظرية العلاقات الشخصية المتبادلة لسوليفان

يعتبر سوليفان من التحليليين الجدد، وتدور نظريه سوليفان (حول العلاقات الشخصية المتبادلة) فهو يرى أنه يمكن التعرف على الفرد من خلال فهم سلوكه

وعلاقاته بالأشخاص الآخرين أو الأشياء. والنقطة المركزية في نظرية سوليفان هي تأكيده على العلاقات الشخصية المتبادلة، ورأى أن السلوك المضطرب ينشأ من الخلل في هذه العلاقات، وبالتالي فعلاجها يتطلب مواقف من العلاقات الشخصية المتبادلة

ويلخص سوليفان نظريته بقوله بان الناس يسببون المرض للناس، وبالتالي فعليهم أن يأخذوا بأيديهم إلى السواء والصحة النفسية. والشخصية في رأي سوليفان هي شيء افتراضي وان ما يمكن دراسته هو نموذج العمليات التي تميز تفاعل الشخصيات في المواقف المميزة المتكررة.

كما يؤكد سوليفان على أهمية العلاقات المتبادلة الشخصية في الموقف Atti-tude، ويبين أن الشخصية لا يمكن النظر إليها بمعزل عن العلاقات الشخصية في الموقف، فهو يرى أن الاتجاه العام لسلوك الشخصية ونشاطها يتحدد بالديناميكية النفسية الخاصة بكل فرد تبعا للموقف الاجتماعي القائم والتي تتجلى في العمليات المميزة للعلاقات الشخصية المتبادلة، ولهذا يعتقد سوليفان أن كل سلوك إنساني في الموقف يسعى نحو تحقيق إشباع حاجاته الأولية من جهة والى تحقيق حاجاته إلى الأمن والطمأنينة من جهة أخرى.

فالبيئة الاجتماعية التي يمارس فيها الإنسان نشاطه لتحقيق إشباع حاجاته البيولوجية والثقافية تساعده على تكوين شخصيته ونموها وتدعيم عناصرها. والعلاقات المتبادلة التي يقيمها الإنسان مع الآخرين هي علاقات ديناميكيه وتنعكس أثارها على الشخصية وتساعد على تكوين ونمو الذات.

ويرى كذلك إن إشباع الحاجات يؤدي إلى انخفاض التوترات العضلية، كما أن انخفاض التوتر هذا يدفع نحو تحقيق مزيد من هذه الاشباعات. فعندما تبدأ الأم (أو بديل الأم) في تحريم السلوك الذي يشبع الحاجة وتستهجنه فإن هذا التصرف يؤدي إلى تصعيد التوترات العضلية، وبالإضافة إلى ذلك فان استهجان الأم الذي قد يحدث ضمنيا تداخل مع شعور الطفل بالأمن، ويؤدي إلى الشعور بالقلق الذي يؤدي بالضرورة إلى حاله من التوتر العضلي، ولكن القلق لا يعني فقط التوترات العضلية وحدها بل انه يرتبط دائما بالعلاقات الشخصية.

ويعتقد سوليفان بأن طبيعة الشخصية تحددها التوترات التي تنشأ من كل من المصادر الفسيولوجية والمصادر النفسية الاجتماعية، وان الهدف الأول للسلوك هو تقليل أو تخفيض هذه التوترات، يماثل هذه المفهوم المفاهيم الأخرى التي عجز عنها المنظرون الآخرون بما فيهم فرويد. وبصورة اخص فان مصدري التوتر هما: الحاجات الفسيولوجية وانعدام الأمن الاجتماعي

وفي هذا الإطار يعتقد سوليفان أن الأطفال حساسون جدا لمواقف الآخرين نحوهم، وأن الطفل يدرك انفعالات الآخرين من حوله ويستجيب لها ولذلك فإذا كانت الأم متوترة وغاضبة، أو غير سعيدة في اللحظة التي تحاول إشباع حاجات الطفل الفسيولوجية، فان الطفل يدرك هذه المشاعر الناجمة عن تلك الحالة من القلق.

أما فيما يتعلق بالسلوك المضطرب فيعتقد سوليفان أنه ينشأ من تفاعلات الناس في الحياة اليومية، وبالتالي فالسلوك المضطرب لا يختلف عن السلوك العادي في النوع ولكن في الدرجة فقط، كما انه ينظر إلى الاضطرابات كنماذج من التصرفات غير الملائمة أو غير المناسبة في العلاقات الشخصية المتبادلة.

والسلوك المضطرب يظهر دائما في علاقات الفرد مع شخص آخر. ويعتقد سوليفان في هذا المجال أن القلق هو المؤثر التربوي الكبير الأول في الحياة وينتقل القلق إلى الطفل عن طريق الأم التي ترعاه والتي تعبر هي نفسها عن القلق في نظرتها ونغمات صوتها ومسلكها العام. وينشا القلق عن طبيعة العلاقات الشخصية المتبادلة في المواقف المختلفة مثل:

١) السخرية من الطفل: وهو أسوأ أسلوب يستخدمه الوالدين أو الآخرين مع الأطفال وله تأثير بالنسبة للمراهقين.

٢) العقاب: ويرى سوليفان أن العقاب بحد ذاته لا يخلق اضطرابات في السلوك لدى الفرد لكن العقاب المصحوب بالحقد والغضب هو الذي يخلق القلق والخوف لدى الطفل.

٣) وجود أشكال النبذ المختلفة: وهو اصطلاح خاص بسوليفان وغالبا ما تنشأ عملية النبذ سواء داخل البيت أو خارج.

٤) الأم الحاقدة: وهي التي تخلق لدى الطفل الشعور بالخوف والقلق من خلال تصرفها مع هذا الطفل.

أما فيما يتعلق بالعلاج فيرى سوليفان أن السلوك المضطرب هو سلوك متعلم، والشخص المضطرب يصور مخاوفه وقلقة، حيث تشكل في النهاية عائقا أمام تعلم الاستجابة الملائمة والمناسبة. وتنبثق نظرية سوليفان في المعالجة من اعتقاده الذي تبناه والذي يقول أن العلاج النفسي يقوم على دراسة العلاقات الشخصية المتبادلة، ويركز الاهتمام أثناء العلاج على مسببات القلق، وعلى العلاقات الشخصية المتبادلة. (Ford and Urban,1963; ; هول ولندزي، 1978)

ثالثاً: النظرية السلوكية

يرى أصحاب هذه النظرية بأن السلوك الإنساني عبارة عن مجموعة من العادات التي يتعلمها الفرد ويكتسبها أثناء مراحل نموه المختلفة، وتدور هذه النظرية حول محور عملية التعلم في اكتساب التعلم الجديد أو في إطفائه أو إعادته، ولذا فإن السلوك الإنساني مكتسب عن طريق التعلم، وأن سلوك الفرد قابل للتعديل أو التغيير بإيجاد ظروف وأجواء تعليمية معينة.

وتفترض النظرية أن الإنسان يتعلم السلوك السوي وغير السوي من خلال تفاعله مع البيئة، ويعمل التعزيز على تدعيم السلوك. والسلوك الشاذ هو استجابة متعلمة خاطئة يتعلمها الفرد خلال نموه.

كما تهتم السلوكية بالسلوك الإنساني، فالسلوك كما ترى السلوكية لا يحدث نتيجة للصدفة وإنما يخضع لنظام معين، وإذا استطاع العلم تحديد عناصر ومكونات هذا النظام فانه يصبح بالإمكان التنبؤ به، ويعتقد معدلو السلوك أن البيئة المتمثلة في الظروف المادية والاجتماعية الماضية والحالية للشخص هي التي تقرر سلوكه، ولذلك نستطيع التنبؤ بسلوك الشخص بناءً على معرفتنا بظروفه البيئية السابقة والحالية، وكلما ازدادت معرفتنا بتلك الظروف وكانت تلك المعرفة بشكل موضوعي أصبحت قدرتنا على التنبؤ بالسلوك أكبر، ولكن هذا لا يعني أننا قادرون على التنبؤ بالسلوك بشكل كامل، فنحن لا نستطيع معرفة كل ما يحيط بالشخص من ظروف بيئية سواء في الماضي أم الحاضر. كما ترى المدرسة

السلوكية أنه لا بد من قياس السلوك الإنساني حتى يتم الحكم عليه، وهناك عدة معايير يتم الحكم من خلالها إذا كان السلوك يعتبر سويا أو شاذا وهي كما يلي:

١- تكرار السلوك: إن ما نعنيه بتكرار السلوك هو عدد المرات التي يحدث فيها السلوك في فترة زمنية معينة، فمعظم الأطفال قد يتشاجرون مثلا من حين لآخر، ولكن بعضهم يتشاجر مع الآخرين بشكل متكرر، وفي الحالة الثانية فإنه يعتبر أن تكرار الشجار سلوكا غير مقبول.

٢- مدة حدوث السلوك: بعض السلوكيات تعد غير عادية لأن مدة حدوثها غير عادية، فهي قد تستمر مدة أطول بكثير أو أقل بكثير مما هو عادي، فمعظم الطلبة قد لا يستطيعون التركيز أحيانا ولكن بعضهم لا يستطيع التركيز لأكثر من ثوان معدودة، وفي الحالة الثانية يعتبر السلوك غير مقبول.

٣- طبوغرافية السلوك: والمقصود بطبوغرافية السلوك هو الشكل الذي يأخذه، فالأطفال قد لا يغضبون أحيانا فيعبرون عن غضبهم من خلال الصراخ أو رمي الأشياء، ولكن إن حدث وغضب طفل وبدأ بضرب رأسه بالجدار فنقول أنه استخدم شكلا مختلفا، وأصبح سلوكه بحاجة لعلاج

٤- شدة السلوك: ويعد السلوك شاذا إذا كانت شدته غير عادية، فالسلوك قد يكون قويا جدا أو يكون ضعيفا جدا، فجميع الأطفال قد يتحدثون بصوت غير مسموع أحيانا، ولكن بعضهم لا يتحدثون بصوت مسموع أبدا، وفي هذه الحالة فإننا قد نحكم على سلوك الطفل بالقول أنه غير مقبول.

٥- كمون السلوك: ويشير كمون السلوك إلى الفترة الزمنية التي تمر بين المثير وحدوث السلوك، فقد تمر عدة دقائق قبل أن يستجيب الطفل لتعليمات المعلمة، وقد يلتزم الطفل الصمت فترة زمنية طويلة نسبيا قبل أن يجيب عن سؤال المعلمة البسيط من مثل ما اسمك؟ وهنا نقول أن الطفل يحتاج إلى تعديل في سلوكه لأنه غير سوي. (الخطيب، ١٩٩٥)

وبشكل عام فإن علاج السلوك يهدف إلى تعديل السلوك المضطرب، وذلك بتعلم سلوك جديد مرغوب فيه تبعا للخطوات التالية:

- تحديد السلوك الذي تريد المعلمة تعديله أو علاجه.

- قياس السلوك المستهدف وذلك بجمع ملاحظات وبيانات عن عدد المرات التي يظهر فيها السلوك ومدى شدته وقد تلجأ المعلمة للطلب من الوالدين الإجابة عن استبانه خاصة لقياس مدى استمرار السلوك وتكراره وشدته.
- تحديد الظروف السابقة أو المحيطة بالطالب عند ظهور السلوك غير المرغوب فيه (تاريخ حدوثه، الوقت الذي يستغرقه، مع من حدث، كم مرة يحدث، ما الذي يحدث قبل ظهور السلوك، كيف استجاب الآخرون، ما المكاسب التي جناها الطالب من جراء سلوكه وأي ملاحظات ترتبط بظهور المشكلة).
- تصميم الخطة الإرشادية وتنفيذها على أن يشترك الطالب وأسرته في وضع الخطة وتتضمن تحديد الأهداف، ووضع أساليب فنية تستخدم لتدعيم ظهور السلوك المرغوب، وإيقاف أو تقليل السلوك غير المرغوب، وتشجيع الطالب وأسرته على تنفيذ الخطة الإرشادية بكافة بنودها.
- تقويم فعالية الخطة وتلخيص النتائج وإيصالها إلى من يهمهم الأمر.(طبيل، ٢٠٠٧)

رابعا: علم النفس الإنساني ابراهام ماسلو (هرم الحاجات) Hierarchy of Needs

إن أساس فكر ماسلو هو نظريته في الدافعية، فهو يرى أن لدى الإنسان عددا من الحاجات الفطرية. وقد افترض ماسلو أن حاجاتنا مرتبة ترتيبا هرميا على أساس قوتها، وعلى الرغم من أن جميع الحاجات فطرية فإن بعضها أقوى من بعضها الآخر، والحاجات الدنيا تماثل تلك التي تمتلكها الحيوانات الدنيا الأخرى، ولا يوجد حيوان آخر باستثناء الإنسان يمتلك الحاجات العليا.

كما لخص ماسلو الفروق بين الحاجات العليا والحاجات الدنيا عام ١٩٧٠ فيما يلي:

١- كلما ارتفعت الحاجة كان ظهورها متأخرا في عملية التطور.

٢- الحاجات العليا تحدث متأخرة نسبيا في نمو الفرد، وبعض الحاجات العليا لن تظهر حتى يبلغ الإنسان أواسط عمره وقد لا تظهر لديه على الإطلاق.

٣- للحاجات العليا علاقة بالبقاء أقل من تلك التي للحاجات الدنيا وهذه العلاقة غير مباشرة بدرجة أكبر.

٤- على الرغم من أن الحاجات العليا لا تتصل اتصالا مباشرا بالبقاء، إلا أن إشباعها مرغوب فيه بدرجة أكبر من إشباع الحاجات الدنيا، فإشباع الحاجات العليا يؤدي إلى سعادة أعمق، وراحة بال وحياة أكثر استقرارا

٥- تتطلب الحاجات العليا شروطا مسبقة أكثر من الحاجات الدنيا حتى تبزغ وحتى تشبع.

وهذه الحاجات هي:

- **الحاجات الفسيولوجية Physiological Needs** وهي الحاجات التي ترتبط ارتباطا مباشرا بالبقاء والتي تشارك فيها الحيوانات الأخرى، وتشتمل هذه الحاجة على الطعام والماء والجنس والإخراج والنوم، وإذا لم تشبع فإنها تسيطر سيطرة كاملة على حياة الفرد.
- **حاجات الأمن Safety Needs** حين تشبع الحاجات الفسيولوجية على نحو مرض تبزغ أو تظهر حاجات الأمن كدوافع مسيطرة وهذه تشتمل على الحاجة إلى البنية والنظام والأمن والقابلية للتنبؤ.
- **حاجات الانتماء والحب Belongingness and Love Needs** متى ما أشبعت الحاجات الفسيولوجية وحاجات الأمن إشباعا أساسيا فإن الفرد يدفع بالحاجة إلى التواد، والناس بحاجة إلى أن يكونوا موضع حب وإلى أن يحبوا، وإذا لم تشبع هذه الحاجات فإن الشخص يشعر بالوحدة والخواء.
- **حاجات التقدير Esteem Needs** لو أن شخصا كان محظوظا بالقدر الكافي بحيث يشبع حاجاته الفسيولوجية وحاجاته إلى الأمن والانتماء والحب، فإن الحاجة للتقدير سوف تسيطر على حياته، وتتطلب هذه الحاجة تقديرا من الآخرين وهذا التقدير يؤدي إلى خلق مشاعر لدى الفرد بأنه متقبل وذو مكانة وشهرة وإلى تقديره لذاته الذي يؤدي بدوره إلى مشاعر الكفاءة والثقة والسداد.
- **الرغبة في المعرفة والفهم The Desire to Know and Understand** شعر ماسلو بأن الرغبة في المعرفة والفهم مرتبطة بإشباع الحاجات الأساسية وما زالت،

وبعبارة أخرى فإن المعرفة والفهم أداتان تستخدمان لحل المشكلات والتغلب على العقبات وبالتالي إتاحة الفرص لإشباع الحاجات الأساسية.

- **الحاجات الجمالية**: وهي الحاجة إلى أشياء كالنظام والتماثل والبنية وإتمام الفعل التي نراها لدى الراشدين ونكاد نراها شائعة لدى الأطفال أيضا.
- **تحقيق الذات Self-actualization** إذا أشبعت الحاجات الدنيا إشباعا مناسبا فإن الشخص يصبح في موقف يمكنه من أن يكون أحد الأفراد القلائل الذين يحققون ذواتهم.

السلوك المضطرب من وجهة نظر ماسلو:

يرى ماسلو أن السلوك المضطرب ينشأ من النقص في تحقيق الحاجات الأساسية، ويقع على الأسرة في الطفولة المبكرة دورا في تلبية هذه الحاجات، وفي هذا الإطار فقد لاحظ ماسلو أن الأطفال الذين نشأوا في بيوت دافئة آمنة ودودة يغلب أن يختاروا خبرات تؤدي إلى نموهم الشخصي، وذلك بدرجة أكبر من الأطفال الذين ينشأون في بيوت غير آمنة.، وبالتالي يسهل الوصول إلى الحاجات الأعلى من الهرم، أما الأطفال الذين عانوا من خبرات سلبية ومهددة لذاتهم فقد يكون تركيزهم على الحاجات الدنيا من الهرم ولا يصلوا لتلبية حاجاتهم العليا، وهذا مما يؤثر عليهم ويجعلهم مهددين دائما، وفي حالة من الارتباك والتوتر. (جابر، ١٩٨٦)

خامساً: تحليل التفاعل Transactional Analysis

إن نظرية تحليل التفاعل لبيرن هي نظرية في الحياة، حيث ترى أن كل فرد يولد كأمير أو أميرة ولكن والديه يحولونه إلى ضفدع، كما ترى أن كل فرد يولد ولديه القدرة على تطوير قدراته "إلى أقصى درجة ممكنة في نفسه، ومجتمعه من أجل الحصول على السعادة، والقدرة على النجاح والإبداع في العمل، والتغلب على المعوقات النفسية، أو يتحرر منها، فالفرد منذ الأيام الأولى قد يواجه بصعوبات هذه الصعوبات الأولية واللاحقة وربما تمنع الكثير من الأشخاص من تطوير كفاءتهم الكاملة. (Prochaska and Norcross, 1994)

وهناك ثلاثة أنظمة أساسية تتكون منها الشخصية وهي أنا الراشد والأب والطفل، وحالات الأنا يمكن ملاحظتها من خلال سلوك الإنسان عندما يسرح أو يجلس أو يتكلم أو يفكر بصوت مرتفع. وهذه الحالات الثلاث هي كما يلي:

١- أنا الأب: كل فرد يحمل بداخله والديه (إرث أبوي وقوانين وممنوعات ومسموحات) ليست الأنا الأعلى الأشياء المعنوية، وإنما نتيجة تفاعله الحقيقي والمباشر مع الوالدين فالأنا الأعلى وهو مستودع التقاليد (بنائي) التي يتعلمها في السنوات الخمس الأولى من الوالدين، وظيفته تعليم الأبناء كيف يدركون الحياة ويعيشونها وهي القاعدة الأفضل لاتخاذ القرارات في حالة وجود أنا أب هادف فانه يعلم أبناءه الصراحة والصدق والحوار وتجنب القلق وهنا يدرك العالم بشكل واقعي ويتبادل الحب مع الآخرين ويتفاعل بشكل عفوي مما يؤدي إلى إشباع الحاجات أما الأنا الأب الناقد ففيها أوامر (حقن) وتؤدي إلى سلوك غير سوي وجزء رئيسي من العملية العلاجية في التحليل التفاعلي يتضمن زيادة الوعي للطبيعة الخاصة بالحقن التي تقود إلى الصعوبات الحاضرة ومن هذه الأوامر التي يصدرها الوالدان:

- لا تفعل: وتصدر عن الوالدين الخائفين وهنا الطفل لا يتخذ القرار عن نفسه بسبب خوفه.
- ليتك لم تولد، متمنيا عدم قدوم الطفل للحياة.
- لا تكن قريبا: هنا الأب بعيد جسدي عن الطفل وبالتالي الطفل لن يقترب من الناس.
- لا تكن مهما: وذلك عندما يتكلم الطفل نظهر له أن كلامه غير مهم.
- لا تكن طفلا: وخاصة للأطفال الكبار بين إخوتهم وعندما يكبرون يجدون صعوبة في الاستمتاع واللعب واللهو.
- لا تكبر: أي لا تنمو بعد الطفولة ولا تكبر وتتركني ولا تصبح جنسيا.
- لا تنجح: وسببه أن الآباء ينتقدون الأبناء باستمرار مما يؤدي إلى اعتقاد الطفل أن عليه أن لا ينجح وبالتالي يعتقد انه خلق ليكون فاشلا.
- لا تكن نفسك: أي نريدك الجنس الآخر وعندها سأحبك وبالتالي يعتقد انه مهما يكون أو يفعل فلن يرضي الآخرين.

- لا تكن عاقلا ولا تكن صحيا وهذه الرسائل يتلقاها الأطفال عندما يمرضون أو يقومون بأفعال طائشة حيث أنهم سيتم مكافئة ونمذجة سلوكياتهم، وهذا يجعل الطفل يعتقد أن عليه أن يكون مريضا أو مجنونا ليحظى بالاهتمام.
- لا تنتمي: وتعتقد الأسرة هنا أنها لا تنتمي إلى مجتمعها المحلي وهذا يجعل الطفل يعتقد انه لا أحد يحبني لأنني لا انتمي إلى أي مكان.

٢- **أنا الراشد**: ويتطور بشكل تدريجي من تفاعل الفرد مع البيئة الخارجية والداخلية لكثير من السنوات، وفيه معلومات من اجل الوصول إلى أحكام حقيقية وتقدير للإمكانيات وظيفته، يعمل كنتيجة لطلب حالات الأنا الأخرى، ولا تتمكن حالات الأنا الأخرى الحصول على الضبط الاجتماعي وصنع القرار إلا من خلال التعاون معه، ويمثل الأنا الراشد كمبيوتر الشخصية، فهو أنا حقيقية وواقعية ومنظم للمعلومات وينظم نشاطات الأنا الأب والطفل ويتوسط بينهما إذا نجح القيام بعمله يؤدي إلى سلوك سوي أما الفشل فيؤدي إلى سلوك غير سوي.

٣- **أنا الطفل**: هنا تختلف عمّا ذكره فرويد بأنها ليست مشوشة بل منظمة بشكل جيد وهي تقرر ما الشيء الذي يجب تسجيله ونقله من الوالدين أو علماء الدين طبقا لحاجاتها ورغباتها الذاتية ولها أشكال:

أ - طفل طبيعي حر عفوي هو: الطفل المندفع غير المدرب والعفوي الموجود داخلنا.

ب- طفل متكيف مطيع مؤدب مقيد لنا يعمل كاستجابة لإشارات خارجية تأتي من الأب.

ج- طفل متمرد يقاوم تعليمات الآخرين (يقاوم تعليمات الوالدين) وحالة الطفل مهمة للفرد لكي يشعر بالمتعة (Prochaska and Norcross, 1994; Paterson,1986).

أما السلوك المضطرب من وجهة نظر بيرن فهو متعلم ويعطي أهمية في تطوره للوالدين وللاستبعاد والأوامر السلبية وخطة الحياة دور في تطويره.

كيف يتم تطور السلوك المضطرب من وجهة نظر التحليل التفاعلي؟

١- يتلقى الطفل ملاطفات سلبية (تحمل في طياتها أنت لست على ما يرام) واستبعاد (تجاهل أو تشويه لبعض الخبرات الداخلية أو الخارجية) وأوامر عليا من التربية تحد من حريته.

٢- استبدال أنا بخير إلى أنا لست بخير.

٣- إذا استمرت الأوامر السلبية يقوم باستخدام نص سلبي (النص: مخطط حياة الشخص نتيجة تفاعله مع الآخرين) حيث يمكن أن يختار احد المخطوطات التالية للحياة:

- اكتئاب أو لا حب: هي مخطوطة الحياة لأولئك الأشخاص الذين تعرضوا في الطفولة المبكرة إلى معززات سالبة، أو لم يتعرضوا للمعززات فالمعززات تقدم باقتصاد صارم كما لو أن الحياة سلعة نادرة، ومن خلال أوامر أبوية تتضمن مثلا: لا تسأل عن المعززات عندما يحتاجها، الحب ليس نافعا لذا أنت يجب أن لا تسأل عنه، لا ترفض معززات تقدم لك عندما لا تريدها، مثل هذه الأوامر الوالدية قد تؤدي إلى الإصابة بالوساوس المرضية.
- جنون أو لا عقل: وتتمثل في خلفية أولئك الذين يعيشون في الخوف من أنهم ربما يوما ما سيصبحون أغبياء، كما ينعكس في حياة أولئك الذين يشعرون بعدم القدرة على تحمل العالم، الذين يشوشون بشكل سهل وعندهم مشكلة في التركيز، والذين يشعرون أنهم أغبياء أو كسالى، وهذا يأتي من الأوامر الأبوية ضد الاعتقاد الأكثر من اللازم، والآباء الذين يمنعون أطفالهم من المشاركة بآرائهم، والذين يستخدمون الكذب بشكل مباشر حول ما يرى الطفل من حقائق.
- إدمان أو لا بهجة: مخطوطة لا بهجة في الخطة الأساسية لأولئك الذين حرمتهم الحياة مبكرة من التمتع والبهجة والسرور بأجسادهم. (Prochas-ka and Norcross,1994;Shilling,1984)

٤- يقوم الوالدان بالاستبعاد في أربعة مستويات من الشدة:

أ-استبعاد وجود مشكلة لدى الطفل

ب-استبعاد أهمية للمشكلة

ج- استبعاد خيارات حل للمشكلات

د- وأخيرا يصل إلى استبعاد قدرات لديه ولدى الآخرين لحل المشكلات.

٥-يتبنى الطفل أحد المواقف السلبية الثلاث.

أ - أنا بخير أنت لست بخير: نتيجة معاقبة الآخرين له يصبح دفاعيا وينظر للآخرين بشك ودونية ويشعر انه دائما على حق وأي خطأ هو مسؤولية الآخرين (برانويا) نتيجة الحماية الزائدة.

ب- أنا لست بخير أنت بخير: وهنا يشعر بالدونية والاكتئاب ويستغل الآخرين ويسرقهم ويقوم بجريمة ويحتال عليهم ويقسو عليهم.

ج- أنا لست بخير أنت لست بخير: وهنا يكون متشائما ولا أمل له في الحياة ويحاول الانتحار وينسحب. (Prochaska and Norcross,1994; Shilling,1984)

3

الفصل الثالث

تشخيص المشكلات لدى طفل الروضة

- طرق وأدوات تشخيص مشكلات طفل الروضة
  أولاً : الملاحظة ومكوناتها
  ثانياً : دراسة الحالة
  ثالثاً : المقابلة
  رابعاً : الاختبارات والمقاييس
- أمثلة على مقاييس تستخدم مع الأطفال في سن ما قبل المدرسة
  أولاً : قائمة سلوك الطفل
  ثانياً : قائمة المؤشرات التي تستوجب الإحالة إلى الأطباء والأخصائيين

3

الفصل الثالث

تشخيص المشكلات لدى طفل الروضة

طرق وأدوات تشخيص مشكلات الأطفال

أولاً: الملاحظة ومكوناتها

مفهومها: هي الخطوة الأولى في التعرف على الحالة الصحية والنفسية للمفحوص. وهي من أهم الخطوات في مجال اكتشاف المشكلة، وذلك لأنها توصل المعلم إلى الحقائق وتمكنه من صياغة فرضياته.

تعريفها: الملاحظة تعني الانتباه إلى ظاهرة أو حادثة معينة أو شيء ما بهدف الكشف عن أسبابها وقوانينها. وتعرف كذلك بأنها المراقبة المقصودة لرصد ما يحدث وتسجيله كما هو.

ومن خلالها:

- ندرس السلوك الذي لا يمكن استحضاره أو إحداثه في المعمل.
- ندرس السلوك الذي يمكن أن يصيبه التشويه والتغير.
- ندرس السلوك الذي تمنعنا الضوابط الخلقية استحضاره في المعمل.

وحتى تنجح الملاحظة فهناك مجموعة من العوامل التي يجب أخذها في الاعتبار للحصول على بيانات مفيدة عند استخدامك وسيلة الملاحظة في جمع البيانات.

أ - احصل على معلومات مسبقة عن الشيء الذي تود مشاهدته.

ب - قرر مسبقا الجوانب التي عليك ملاحظتها والظواهر التي تستحق التسجيل.

ج - اختبر الأهداف العامة والمحددة التي تحتاج إلى البحث، بحيث تملي عليك

الظواهر التي يجب ملاحظتها مما يتيح لك الحصول على بيانات أكثر دقة ووضوحا لإغراض دراستك وعملك.

د - اعتمد طريقة محددة لتسجيل النتائج بوضع برنامج محدد أو قائمة محددة بالأمور التي يجب ملاحظتها. وكيفية إثباته سوف تساعد بالضرورة في الانتهاء من عملية تسجيل البيانات بسرعة وبكفاءة وبأقل كمية من الكتابة.

هـ - استعمل الملاحظة المنظمة بتخصيصك وقتا معينا خارج عملك اليومي من أجل ملاحظة نمط سلوكي محدد يقوم فيه الفرد هو موضوع دراستك.

و - نظم مواقف سلوكية اختيارية للتحقق من عدم دقة الحكم على سلوك شخص ما بواسطة الملاحظة الاجتهادية.

ز - استخدم وسائل تقنية خلال ملاحظتك مثل القوائم، مقاييس التقدير، السجلات النفسية، وجداول المشاركة البيانية.

ح - تدرب جيدا على الوسائل التقنية التي تنوي استخدامها في ملاحظتك.

أنواع الملاحظة:

يمكن تقسيم الملاحظة إلى عدد من الأنواع أهمها:

أولاً: أنواع الملاحظة من حيث طبيعتها:

١- الملاحظة البسيطة (غير المباشرة) غير المضبوطة والتي تتضمن صورا مبسطة من المشاهد والاستماع، بحيث يقوم الملاحظ فيها بملاحظة الظواهر والأحداث والمواقف وجها لوجه، وكما تحدث تلقائيا في ظروفها الطبيعية دون إخضاعها للضبط العلمي.

٢- الملاحظة المنظمة: (المباشرة) المضبوطة وهي الملاحظة العلمية بالمعنى الصحيح، تحدث بدون اتصال بين الملاحظين والطفلين الذين لا يدركون بأنهم موضع ملاحظة وتتم ضمن مكان مجهز، بحيث تتم في ظروف مخطط لها ومضبوطة ضبطا علميا دقيقا. وتختلف الملاحظة المنظمة عن الملاحظة البسيطة في أنها تتبع مخططا مسبقا، وتخضع لدرجة عالية من الضبط العلمي بالنسبة للملاحظ ومادة الملاحظة، كما يحدد فيها ظروف الملاحظة كالزمان والمكان.

ثانياً: من حيث القائمين على الملاحظة.

١- الملاحظة الفردية التي يقوم بها شخص واحد.

٢- الملاحظة الجماعية التي يقوم بها أكثر من شخص.

ثالثاً: من حيث ميدان الملاحظة.

١- الملاحظة في الطبيعة: وتستعمل في العلوم الطبيعية كما تستعمل في العلوم السلوكية.

٢- الملاحظة في المختبر: ويقصد بها التجريب من حيث ضبط المتغيرات المحيطة بالمتغير موضوع البحث.

٣- الملاحظة في العيادة: وهي طريقة يلجأ إليها المعالجون النفسيون والمعلمون والمشرفون التربويون بهدف التشخيص والعلاج.

رابعاً: وفقا لدور الملاحظ، فأنه يمكن تقسيم الملاحظة إلى:

١- ملاحظة من غير مشاركة، وهذا النوع من الملاحظة يلعب فيها الملاحظ دور المتفرج أو المشاهد بالنسبة للظاهرة أو الحدث أو الموقف موضوع الملاحظة مثل: ملاحظة مواقف اللعب أو إثناء تفاعل الطفل مع الآخرين، أو مواقف الإحباط.

٢- الملاحظة بالمشاركة: وهذا النوع من الملاحظة يقوم فيها الملاحظ بدور العضو المشارك في حياة الجماعة بحيث يندمج مع المفحوصين ويشاركهم نشاطاتهم ويسجل البيانات الضرورية عنهم، وهنا يفضل مشاركة أكثر من ملاحظ لضمان أكبر قدر من الموضوعية موضوع البحث.

شروط الملاحظة حتى تكون علمية:

١- أن تكون الملاحظة منظمة، مضبوطة.

٢- أن تكون موضوعية بعيدة عن التحيز.

٣- يقوم بها ملاحظاً مؤهلاً مستعداً قادراً على القيام بها.

٤- أن يسجل الظواهر والمشاهد الملاحظة بأسرع ما يمكن في الحال.

٥- أن يتم التهيئة والتجهيز والتخطيط للملاحظة.

٦- أن يتم الاستعانة بكل وسيلة أو أداة تعين الملاحظ على دقة الملاحظة.

إجراءات الملاحظة:

هناك إجراءات يجب أخذها بعين الاعتبار عند قيامك بإجراء عملية الملاحظة وتتمثل في الآتي:

١- حدد الهدف من إجراء الملاحظة، والشيء الذي تسعى إلى ملاحظته.

٢- أعد الملاحظة من وقت لأخر من أجل التحقق من دقة الملاحظة السابقة والحكم على ثباتها وصدقها.

٣- لاحظ سلوكا محددا في وقت واحد، وهذا يساعدك على إصدار حكم ملائم على هذا السلوك.

٤- استفد من الوسائل التكنولوجية في رصد السلوك مثل استخدام آلات التصوير أو التسجيل الصوتي.

٥- عليك تحري الموضوعية في الملاحظة مبتعدا عن العواطف الشخصية.

٦- سجل المعلومات في أسرع وقت ممكن، وتلخيص ما تمت ملاحظته.

٧- استعن بملاحظين مدربين من اجل المقارنة والدقة في التقدير.

تسجيل الملاحظة:

نظرا لأهمية الملاحظة في حياتنا اليومية ولكثرة الاعتماد عليها في إصدار الإحكام وتقييم السلوك، وبالنظر لتوخي الموضوعية كشرط أساسي في نجاح الملاحظة كأداة من القياس. فقد طور العلماء وسائل مقننة لتسهيل عملية الملاحظة وإجرائها بشكل مناسب حيث يمكن للأخصائي النفسي استخدام أداة أو أكثر من أدوات القياس الخاصة بجمع البيانات والمعلومات بالملاحظة. ومن أهم هذه الأدوات ما يلي:

١- قوائم الشطب (الرصد): وهذه القائمة عبارة عن قائمة مكونة من فقرات ذات صلة بالسمة أو الخاصية المنوي قياسها.

٢- سلالم التقدير: تختلف قوائم الشطب عن سلالم التقدير في أن الخبرة الأخيرة تحتاج إلى حكم أدق وهناك عدة أنواع من السلالم أهمها :

- سلم التقدير العددي: يستعمل لتقدير مدى وجود صفة ما لدى جماعة من الأشخاص.
- سلم التقدير العددي الوصفي: في هذا النوع يوجد إعداد تمثل درجات متفاوتة من الخاصية المقدرة.
- السلم البياني اللفظي: وفي هذا النوع من سلالم التقدير يذكر الأداء أو الصفات في عمود الهامش.

٣- مقاييس العلاقات الاجتماعية السوسيومترية: تستخدم هذه المقاييس في تقييم العلاقات الاجتماعية بين الأفراد حيث يطلب من كل شخص اختيار عدد من الأشخاص الذين تكرّر التعامل معهم

٤- جداول الملاحظة: تستخدم هذه الجداول لرصد أنماط السلوك التي يحدثها الأفراد وتكون مجالا للملاحظة من قبل الملاحظ والتي يمكن أن تشتمل على تسجيل السلوك ضمن فترة زمنية منظمة أو متفاوتة وهي طريقة قيمة لأنها تسمح بالتعبير الكمي المباشر عن السلوك المراد ملاحظته.

٥- اليوميات السلوكية والسجلات القصصية: وتعني كتابة تقرير واقعي عن المفحوص بحيث يعمد المعلم إلى وصف الموقف الذي حدث بشكل دقيق ويكون حول الحالة فهما دقيقا لأفعالها وأقوالها.

٦- الآلات الالكترونية والميكانيكية: التي يمكنها أن تحصل على تسجيل دقيق وتفاصيل واقعية، ويمكن مراجعتها والتأكد من الأنماط والاستجابات التي تمت في فترة سابقة، وهي وصف موثوق به سواء بالصوت أو الصوت والصورة والتي أقرب ما تكون إلى المشاهدات الحية للحالة والتي تسجل على الكاسيت أو الكاميرات الفوتوغرافية أو الفيديوية والتي تشكل في مجملها مادة ممتازة لتشخيص الحالة.

مزايا الملاحظة وعيوبها:

استعمال الملاحظة كأداة في جمع البيانات والمعلومات، بخاصة في دراسة الظاهرات الاجتماعية، ودراسة تحليل المضمون والوثائق، وأهم مزاياها:

١- دقة المعلومات؛ بسبب ملاحظة الظواهر في ظروفها الطبيعية.

٢- الملاحظة من أكثر وسائل جمع المعلومات فائدة؛ للتعرف على الظاهرة أو الحادثة.

٣- دقة التسجيل؛ بسبب إجرائها أثناء فترة الملاحظة.

٤- أسلوب الملاحظة الأسلوب الأكثر أهمية في حال عدم التمكن من استخدام أسلوبي المقابلة والاستبيان لجمع المعلومات: كدراسة الظواهر الطبيعية حيث تسمح بالتعرف على بعض الظواهر أو الحوادث؛ التي قد لا يفكر الباحث أو المبحوث بأهميتها إذا ما تم استخدام الاستبيان أو المقابلة.

٥- يمكن إجراء الملاحظة على عدد قليل من المفحوصين.

٦- تمكنك كأخصائي نفسي من جمع بيانات تحت ظروف سلوكية مألوفة.

٧- تمكنك كأخصائي نفسي من جمع حقائق عن السلوك نفس وقت حدوثه.

٨- لا تعتمد كثيرا على الاستنتاجات.

أما عيوب الملاحظة فهي:

١- يغير الأشخاص الذين يُلاحظون سلوكهم إذا شعروا بإجراء الملاحظة.

٢- قد تستغرق الملاحظة وقتا طويلًا وجهداً وتكلفة مرتفعة من الباحث.

٣- قد يحدث تحيز من الباحث: إما بسبب تأثره بالأفراد، أو عدم نجاحه في تفسير ظاهرة ما.

٤- هناك عوامل دقيقة تؤثر على السلوك في أثناء الملاحظة؛ مما يؤثر في دقة الملاحظة.

٥- قد تعيق في بعض الحالات عوامل غير منظورة عملية القيام بالملاحظات كتقلبات الطقس.



ثانياً: دراسة الحالة

تعد من الطرق التقليدية والتي ما زالت سائدة وتستعمل بشكل واسع في الدراسات والاستطلاعات المختلفة، وتعتبر الوعاء الرئيسي الذي ينظم ويقيم الحالة والمعلومات والنتائج المتعلقة بالمفحوص، وتستخدم لبيان هام في فهم الحالة من نواحيها العقلية والنفسية وهي تختلف عن تاريخ الحالة التي تدرس المفحوص من خلال البحث في تاريخه التطوري والمرضي، وتعتبر دراسة الحالة منهجا علميا باعتبارها تدرس الجوانب ذات العلاقة بالمشكلة وسلوك الفرد فيها.

إن دراسة الحالة هي: تحليل عميق شامل للحالة التي يقوم المعلم بدراستها، وهي بذلك تتضمن تفسيرا لشخصية الفرد و المشكلة التي يعاني منها، و يستطيع المعلم من خلال جمعه للبيانات والمعلومات الخاصة بالفرد وبيئته التي عاش فيها في الماضي والتي يعيشها في الحاضر أن يقدم صورة كاملة للفرد، تفسر نموه وتطوره والعوامل التي أثرت عليه كما توضح لنا مشكلته الحالية والقوى المؤثرة عليها واتجاهاته نحوها.

أي أن دراسة الحالة وسيلة لجمع المعلومات وتنظيمها وتبويبها و تلخيصها ومراجعتها للوصول إلى فهم أفضل للحالة، لماضيها وحاضرها ومستقبلها لوضع الأهداف التي تصل إلى الخطة العلاجية للوصول إلى النمو و التطور. ومن مميزات إجراء دراسة الحالة ما يلي:

١- تساعد على فهم وتشخيص وعلاج الحالة على أساس علمي دقيق.

٢- تعطي صورة أوضح واشمل للشخصية باعتبارها اشمل وسيلة من وسائل جمع المعلومات.

٣- تساعد الفرد في فهم نفسه بصورة أوضح وأعمق.

٤- لها فائدة إكلينيكية وذلك لما يحدث خلالها من تنفيس الانفعالي للمسترشد.

الأفراد الذين تستوجب حالاتهم دراسة الحالة:

ويحتاج لها الأشخاص الذين يواجهون صعوبات في التعلم والتكيف

والعلاقات الاجتماعية وغيرها من السلوكيات التي تستدعي الانتباه الخاص و تتطلب أسلوبا تشخيصيا يتجاوز الاستفسارات الروتينية.

وتشتمل الدراسة الجيدة للحالة على النواحي التي نوردها فيما بعد، هذا فيما عدا استثناءات قليلة، ومع ملاحظة أن كمية المعلومات ونوعها في كل ناحية تختلفان اختلافا كبيرا تبعا لأهمية هذه الناحية بالنسبة للفرد موضوع الدراسة، وقد رتبت الموضوعات طبقا لرأي "البورت" الذي يفضي بأن: الدراسات الناجحة للحالات تنقسم على حسب الطبيعة فيما يبدو إلى ثلاثة أقسام:

(١) وصف للحالة الحاضرة.

(٢) سرد للمؤشرات السابقة ومراحل النمو المتعاقبة.

(٣) إشارة إلى الاتجاهات المستقبلية، وفيما يلي ترتيب الموضوعات:

١- المشكلة وتاريخ المشكلة .

٢- الحالة التعليمية.

٣- الحالة العقلية، التطور العقلي، التبوء بالمستوى النهائي.

٤- الصحة و البيئة، التنبؤ بالصحة المستقبلية.

٥- مستوى النضج، تاريخ النمو.

٦- الشخصية، نمو الشخصية.

٧- العلاقات الاجتماعية.

٨- الاتجاه المهني.

٩- العلاقات الأسرية.

ويعتمد في جمع المعلومات على جميع المصادر المتوافرة كالبطاقة التراكمية والمقابلة والملاحظات والاختبارات على أنواعها والمقاييس الاجتماعية واللقاء بذوي العلاقة من الوالدين والمعلمين والزملاء والتقارير المختلفة المدرسية.

مثال على نموذج دراسة الحالة Case study

أولا: معلومات عامة:

الاسم: .... ج م ع .... العنوان: الكرك

تاريخ الولادة: ١٨ / ٩/ ٢٠٠٥ الجنس: ذكر

الديانة: الإسلام الجنسية: أردني

ثانيا: التاريخ الأسري للحالة

الأب: العمر: ٣٣ الحالة الصحية: جيدة

المستوى التعليمي: توجيهي صناعي علاقته بالحالة: جيدة

الأم: العمر: ٢٦ الحالة الصحية: في البداية كانت جيدة وحاليا سيئة للغاية

المستوى التعليمي: توجيهي أدبي

علاقتها بالحالة: في البداية كانت جيدة ثم تراجعت إلى الأسوأ.

ملاحظة: " تعاني الأم من اضطراب نفسي و حاليا تخضع للعلاج "

الإخوة: له أخت واحدة " علياء " و عمرها أربع سنوات

المستوى الاقتصادي للأسرة: جيد جدا

ملاحظة: الأب والأم منفصلان، والطفلان في البداية عاشوا عند جدتهم، وبعد زواج الأب انتقلا إلى بيت أبيهم.

ثالثا: هواياته....... و طموحاته

يحب أن يمتلك دراجة هوائية وكرة ويهوى اللعب خارج المنزل.

رابعا: الفحص النفسي

المظهر: يحب أن يهتم بنفسه إذ وجد رعاية من قبل المربين.

السلوك الحركي: يمتاز بالحيوية و النشاط.

الحالة المزاجية: ضحوك وحزين في نفس الوقت عندما تنظر إليه تلمح نظرة حزن في عينيه .

الذاكرة: لديه القدرة على تذكر الحوادث و المناسبات التي عاشها سابقا وخصوصا الخبرات المؤلمة.

التوجه المكاني: يستطيع تحديد المكان الذي يوجد فيه.

النمو الاجتماعي: يوجد لديه قابلية اجتماعية وصحبة ومنافسات بين الرفاق وصلات جماعية من قبل الآخرين من الجيران والراشدين والمجتمع لكن ميوله نحو المدرسة ضمن المتوسط.

النمو الانفعالي: يوجد لديه صراعات مثل عدم تمكنه من اللغة بشكل كامل بسبب عدم قدرته على لفظ بعض الحروف بشكل صحيح، وصور الغضب عامة متمثلة بالبكاء و الصراخ.

تلخيص المعلومات التي تم جمعها في دراسة الحالة:

أثناء إجراء دراسة الحالة تم الاطلاع على السجل الرسمي (دفتر العائلة) ومن خلال أفراد الأسرة و بالتحديد زوجة الأب و اطلاعي المباشر على الحالة كوني قريبة منه........ طفل في الخامسة من عمره وهو يعاني من حالة قلق وخوف نتيجة خلل في العلاقات الأسرية التي قامت بين الوالدين في المراحل المبكرة من عمره مما حد من نشاطاته و قدراته.

هو الأكبر بين أفراد أسرته، الأب أردني الأصل والأم لبنانية، انفصل الوالدان عن بعضهما عندما كان عمره ثلاث سنوات، ومن حيث المعاملة الأسرية للحالة تعرض للعنف من قبل الأم على شكل إيذاء جسدي بالحرق بالسيجارة إلى أن تنطفئ على جسده و بالتحديد عند أذنه و ظهره وفمه، وبعد انتقاله إلى بيت الجدة على الرغم إنها كانت توفر له الحاجات المادية من مأكل و ملبس إلا انه كان يتعرض للعنف من قبل الجدة لأنه لم يكن مطيعا (سلوكه عدواني) بسبب الظروف والتغيرات التي حدثت في حياته بالنسبة للسلوك العدواني في تصرفاته هذا الشيء تلقائي لمواقف الإحباط التي يتعرض لها ويظهر العدوان كرد فعل وتعبير عن الغضب و لطبيعة علاقة الطفل بمن حوله.

لا يعاني من إعاقات جسدية أو عقلية ووزنه و طوله مناسبان لمن هم في عمره، بالنسبة للنمو العقلي في هذه المرحلة تنمى القدرات العامة والخاصة مثل اللغة وتنمية الإدراك والتذكر وقدرته على ضبط اللغة والإدراك والتذكر ضمن المتوسط وذلك نتيجة للظروف البيئية والتغيرات الاجتماعية التي مر فيها والتي تمّ ذكرها سابقاً.

ثالثاً: المقابلة

تعريفها:

أداة هامة للحصول على المعلومات من خلال مصادرها البشرية. وهي تتكون في أبسط صورها من مجموعة من الأسئلة أو البنود التي يقوم الأخصائي النفسي بإعدادها وطرحها على الشخص موضوع البحث، ثم يقوم الأخصائي بعد ذلك بتسجيل البيانات.

ويمكن تعريف المقابلة أيضا بأنها علاقة ديناميكية وتبادل لفظي بين شخصين أو أكثر، بهدف الفحص والتصنيف وتحديد المشكلة والحصول على مؤشرات أو دلالات للسلوك المشكلة.

أهمية المقابلة:

تبرز أهمية المقابلة في أنها تشخيصية أو إرشادية أو علاجية أو استطلاعية وكذلك:

١- تعتبر عملية تتيح الفرصة للمستجيب للتعبير الحر عن الآراء والأفكار والمعلومات.

٢- تتحول من أداة اتصال ووسيلة التقاء إلى تجربة عملية. خاصة فيما يتعلق منها بميدان الإرشاد بين الأخصائيين النفسيين والآباء.

٣- مصدر كبير للبيانات والمعلومات فضلا عن أنها أداة للتبصير والتوعية والتفاعل الديناميكي.

٤- تختلف أهداف المقابلة باختلاف الغاية التي ستهدف المقابلة إلي تحقيقها في نهاية المطاف.

أنواع المقابلة:

أولا: من حيث عدد المفحوصين:

- المقابلة الفردية التي تتم بين الفاحص (الأخصائي النفسي) والمفحوص (المستجيب).
- المقابلة الجمعية التي تتم بين الأخصائي النفسي وعدد من الأفراد في مكان واحد ووقت واحد، من أجل الحصول على معلومات أوفر في اقصر وقت وبأقل جهد.

ثانياً: وفقا لنوع الأسئلة التي تطرح فيها ودرجة الحرية التي تعطى للمستجيب في إجاباته، ويمكن تقسيم المقابلة إلى ثلاثة أنواع:

- المقابلة المقفلة التي تطرح فيها أسئلة تتطلب إجابات دقيقة ومحددة، ولا تفسح مجالا للشرح المطول.

- المقابلة المفتوحة التي يقوم فيها الأخصائي النفسي بطرح أسئلة غير محددة الإجابة، وفيها يعطي المستجيب الحرية في أن يتكلم دون محددات للزمن آو للأسلوب.
- المقابلة المقفلة المفتوحة التي تكون فيها الأسئلة مزيجا من النوعين السابقين (مقفلة ومفتوحة). وفيها تعطي الحرية للمقابل بطرح السؤال بصيغة أخرى والطلب من المستجيب مزيدا من التوضيح.

ثالثا: من حيث غرض المقابلة في الميدان الإكلينيكي:

ويمكن تقسيم المقابلة من حيث غرض المقابلة في الميدان الإكلينيكي إلى ستة أنواع رئيسة هي:

١- مقابلة الالتحاق بالعلاج أو المؤسسة بهدف تحديد حالة الطفل بصفة مبدئية وإمكانية قبوله بعد دراسة استمارة يقوم بإملائها أو تحويله لجهة أخرى.

٢- مقابلة الفرز والتشخيص المبدئي من أجل تصنيف الأفراد حسب حالات مرضهم النفسي.

٣- مقابلة ما قبل وما بعد الاختبارات النفسية، ويلعب هذا النوع من المقابلات دورا فاعلا في تهيئة الطفل عقليا ونفسيا لأداء الاختبار والتخفيف من مخاوفه تجاه عمليات العلاج النفسي.

٤- المقابلة الممهدة للعلاج النفسي بهدف تعريف الطفل وأسرته بطريقة العلاج النفسي وضرورة تعاونه مع الطبيب النفسي وغرس الثقة عنده.

٥- المقابلة مع أقرباء الطفل وأصدقائه بحيث يؤدي أهل الطفل وأقرباؤه وأصدقاؤه دورا بارزا في جمع البيانات وتقييم الحالة وتشخيصها.

٦- مقابلة البحث الاجتماعي والشخصي للحالة، وتهتم بجمع بيانات تفصيلية عن الحالة منذ ولادتها وتطورها وأسرتها والعلاقات بينها وبين الأشخاص الهامين بالنسبة لها.

رابعا: من حيث الغرض من المقابلة في ميدان التفاعلات الاجتماعية السوية:

- المقابلة الاستطلاعية (المسحية): للحصول على معلومات من أشخاص

يعتبرون حجة في حقولهم أو ممثلين لمجموعاتهم، والتي يرغب الباحث من خلالها الحصول على بيانات بشأنهم.

- المقابلة التشخيصية: تستعمل لتفهم مشكلة ما وأسباب نشوئها وأبعادها الحالية ومدى خطورتها على المفحوص تمهيدا لتحديد الأسباب ووضع خطة للعلاج.
- المقابلة العلاجية التي تهدف إلى القضاء على أسباب المشكلة والعمل على جعل الشخص الذي تجري معه المقابلة يشعر بالاستقرار النفسي.
- المقابلة الاستشارية التي تمكن الشخص الذي تجري معه المقابلة وبمشاركة الأخصائي النفسي تفهم مشاكله الشخصية والمتعلقة بالعمل بشكل أفضل وحل تلك المشاكل.

خامسا: من حيث طبيعة الأسئلة: يمكن تقسيم المقابلة إلى ما يلي:

- المقابلة الحرة التي تطرح فيها أسئلة غير محددة الإجابة.
- المقابلة المقننة التي تطرح فيها أسئلة تتطلب إجابات دقيقة ومحددة.
- المقابلة غير المقننة التي تتصف بالمرونة والحرية وتتيح للمفحوص التعبير عن نفسه بصورة تلقائية
- المقابلة البؤرية حيث تركز الاهتمام على خبرة معينة صادفها الفرد وعلى آثار هذه الخبرة.
- المقابلة غير الموجهة التي تتيح الحرية في التعبير عن مشاعر المفحوص ودوافع سلوكه بدون توجيه معين من الباحث.

تسجيل المقابلة:

يتم تسجيل الوقائع والمعلومات التي يحصل عليها من المفحوص وذلك للتأكد من صحتها، وعلى الأخصائي أن يراعي الأمور التالية عند قيامة بتسجيل المعلومات:

- عدم الاستغراق في الكتابة والتسجيل، لان ذلك قد يربك المفحوص.
- يمكن للأخصائي النفسي استخدام نماذج متعددة للإجابات وبمقاييس تقدير مختلفة

- لا يجوز ترك التسجيل حتى نهاية المقابلة فالوقت قد يؤثر على وعي الأخصائي النفسي.
- استخدام أجهزة التسجيل الصوتي يعطي دقه وموضوعية أكثر في جمع البيانات

كما تعتبر طبيعة العلاقة أثناء إجراء المقابلة هامة جدا فهي: علاقة مهنية تقوم على تفاعل بين المعلم والطفل، حيث يتم تبادل المعاني التي تتضمن التواصل اللفظي بواسطة الكلام والإنصات والتواصل غير اللفظي بواسطة الإيماءات والنظرات والحركات الجسمية اليدين أو الرأس.

خصائص المقابلة الفعالة:

- المقابلة علاقة تشاركيه تسمح للأفراد بالتعبير بحرية عن أنفسهم وأن يكشفوا عن ذاتهم دون حواجز أو دفاعات.
- الغرض من المقابلة هو تهيئة الظروف التي تيسر من تغير الطفل.
- تنظم العلاقة على أساس حدود مقررة لهذه العلاقة
- تتوافر الظروف أو الشروط التي تيسر التغير السلوكي من خلال المقابلات.
- الإنصات ركن أساسي من أركان العلاقة

وعلى المعلم أثناء المقابلة الاهتمام بالتواصل اللفظي وغير اللفظي مع الطفل للتعرف على مشكلاته، ويمكن أن تكون المقابلة بين ٢٠-٣٠ دقيقة لدى الأطفال، وقد تقسم المقابلة إلى ما يلي:

- المقابلة الابتدائية: تهدف إلى تقبل الطفل وطمأنته، وبناء جو من الألفة والثقة، و الحصول على المعلومات الأساسية عن الحالة.
- المقابلات التشخيصية: وتهدف إلى جمع معلومات عن طبيعة المشكلة التي يعاني منها الطفل و معرفة أسبابها وأعراضها وكيفية التعامل معها.
- المقابلة العلاجية: تهدف إلى مساعدة الطفل على فهم نفسه ومشكلاته وصراعاته والتخلص منها بإعادة التوافق النفسي إليه.

هذا وقد جرت العادة على تقسيم المقابلة إلى ثلاث مراحل:

- مرحلة الافتتاح تقوم على الألفة و تشجيع الطفل على الإفصاح عن متاعبه و تستغرق ٥ دقائق.

- مرحلة بناء المقابلة وضمنها يتم تحقيق الهدف الأساسي من المقابلة وتستغرق ١٥ دقيقة.
- مرحلة إنهاء المقابلة و فيها يتم تلخيص للجلسة، تحديد المطلوب وتحديد الانجاز وتحديد موعد لاحق، وتستغرق ٥ دقائق.

مقومات المقابلة الناجحة:

- طرح الأسئلة على الفرد بمرونة وخاصة الأسئلة المفتوحة.
- حسن إنصات المعلم.
- حسن ملاحظة المعلم .
- المظهر الخارجي للمعلم وأسلوب لباقته.
- يجب على المعلم عدم إبداء الدهشة عند سماعه آراء الطفل.
- يجب تجنب المعلم للأسئلة المقفلة التي تحتوي (نعم) أو (لا) والأسئلة الإيحائية.
- يجب على المعلم أن يتكيف مع فردية الطفل وأن يتأقلم معه.

مزايا المقابلة:

١- المرونة: يستطيع الباحث أن يسأل السؤال ويفسره أكثر من مرة للحصول على معلومات محددة من المستجيب وخاصة إذا كان هناك سوء فهم من قبل المستجيب.

٢- معدل الإجابة: يكون أعلى من حالة الاستبيان لأنه يتيح المجال أمام المستجيبين للتعبير عن رأيهم وأقوالهم خاصة إذا كانوا أميين.

٣- مراقبة السلوك: يستطيع الباحث مراقبة سلوك وردود فعل المستجيب وتخمين صحة أقواله ومدى تعبيرها عن الذات.

٤- التحكم بالبيئة: يستطيع الباحث توحيد الجو والبيئة التي تجري فيها المقابلة من حيث الهدوء والسرية والظروف المحيطة الأخرى.

٥- تسلسل الأسئلة: يضمن الباحث إجابة المستجيب بتسلسل منطقي دون القفز من سؤال إلى آخر حيث أن الباحث هو من يتحكم بطرح الأسئلة.

٦- التلقائية: وهي قدرة الباحث على تسجيل الإجابة المباشرة والعفوية للمستجيب بينما في الاستبيان البريدي قد يغير المستجيب من إجاباته.

٧- تقليل احتمالية نقل الإجابة عن الآخرين أو إعطاء الاستمارة لأشخاص آخرين لإملائها.

٨- الحصول على معلومات لا يمكن الحصول عليها عن طريق الوسائل الأخرى مثل التعرف على الأفكار والمشاعر والآمال وبعض الخصائص الشخصية مما يتيح فهمها أفضل للعميل ومشكلاته.

٩- العمل على إيصال الطفل إلى الشعور بالمسؤولية وتنمية المسؤولية الشخصية له.

١٠- إتاحة فرص الاستبصار والحكم على الأحكام الذاتية التي يصدرها أو يكونها كل من المعلم عن الطفل عن نفسه.

١١- إعطاء الحرية للطفل للتفكير بصوت عال في حضور مستمع جيد مما يمكنه من التعبير عن نفسه وعن مشكلاته

عيوب المقابلة:

١- الكلفة: يتكلف الباحث مبالغ باهظة لكثرة تنقله، وصعوبة تحديد المواعيد، يستلزم الأمر دفع مبالغ للمستجيبين بدل وقتهم وتنقلهم لمكان إجراء المقابلة.

٢- التحيز: سواء سلباً أم إيجاباً وهنا يدخل عنصر العاطفة مما يقلل من موضوعية الإجابات ومصداقيتها.

٣- تقليل فرصة التفكير ومراجعة الملفات والسجلات واستشارة أفراد من العائلة أو المؤسسة.

٤- عدم تماثل طريقة طرح الأسئلة: فقد تختلف طريقة شرح السؤال وتوضيحه من مستجيب إلى آخر.

٥- احتمالية تعمد الأفراد إعطاء إجابات لا تعكس معتقداتهم وآرائهم؛ وذلك لإعطاء الباحث انطباع جيد لمستواهم وثقافتهم.

٦- انخفاض معامل الصدق والثبات لنتائج المقابلة وذلك لاختلاف الاستعدادات

والقدرات والميول وكذلك لاختلاف مشاعر الطفل تجاه خبراته ومشكلاته من يوم إلى آخر.

٧- لا تصلح المقابلة في حالات الأطفال الصغار جدا وضعاف العقول.

٨- الذاتية في تفسير نتائج المقابلة حيث يتأثر المعلم بآرائه السابقة وقد يخطئ المعلم في تقدير السمات أو يبالغ فيها حسب خبراته واتجاهاته.

٩- تعتبر المقابلة أكثر الوسائل اعتمادا على مهارة المقابل وأقلها خضوعا للقياس الموضوعي.

رابعا: الاختبارات والمقاييس

تشتمل أدوات القياس النفسي والتربوي المستخدمة في التشخيصطعلى أدوات بعضها يعتمد على القياس الكمي والبعض الآخر يعتمد على الوصف الكيفي، وذلك على النحو التالي:

- **أدوات القياس الكمي:** اختبارات القدرات واختبارات التحصيل المقننة وغير المقننة، واختبارات الشخصية وقوائم التقدير والبطاقات المدرسية واختبارات الاتجاهات والميول واختبارات القدرات الحسية.
- **أدوات الوصف الكيفي:** مثل الملاحظة والمقابلة ودراسة الحالة وتحليل محتوى إنتاج الطالب وتصنيفه بصورة تمكّن من تحديد نوعية المشكلات الدراسية التي يعاني منها.

وظائف الاختبارات والمقاييس بشكل عام:

١- التوقع أو التنبؤ Prediction يمكن أن تساعد نتائج الاختبارات المعلم في توقع النجاح أو الدرجات التي يمكن أن يحصل عليها الطفل في مجال معين.

٢- التشخيص Diagnosis يمكن للاختبارات أن تخدم المعلم في عملية التشخيص أو تصوير المشكلة.

٣- المراقبة Monitoring يمكن للمعلم أن يتابع تقدم وتطور الطفل باستخدام الاختبارات.

٤- التقويم Evaluation تعتبر الاختبارات أدوات هامة في عملية تقويم البرامج وتقويم عمل المعلم، وكذلك في جوانب أخرى للتقويم مثل تقويم نمو الطفل ومدى تحقيق أهداف معينة.

العوامل التي تؤثر في الاختبار قبل وأثناء حدوثه

أولا: الجوانب التي تسبق الاختبار، ومن العوامل التي تسبق أخذ الاختبار وتؤثر على التطبيق ما يلي:

- **الخبرة السابقة** أوضحت كثير من الدراسات أن أخذ الاختبار مرات سابقة يجعل المفحوص يحصل على درجات مرتفعة.
- **مجموعات الاستجابة** Response Sets قد يكون لدى بعض الأفراد ميل للإجابة بنعم على كل البنود التي يميل لها الفرد، والإجابة ب لا على الفقرات التي تشتمل على المشكلات الشخصية، وبمعنى أنه قد يكون هناك ميل لأخذ وجهة معينة في الإجابة على أسئلة الاختبار.
- **مجموعة الإجابات المرغوبة اجتماعيا** Social Desirability حيث أنه قد يكون هناك ميل لإعطاء إجابات مرغوبة اجتماعيا على بعض الأسئلة في مقاييس الشخصية لكي يصور الفرد نفسه على أنه حسن التكيف، ويتمتع بالصحة النفسية، ويبدو أن السبب وراء هذه الإجابات هو الدفاع عن النفس ضد تهديد ضمني أو انتقاد أن يكون غير متكيف.
- **التخمين** Guessing يمثل الاستعداد للتخمين نوعا آخر من مجموعات الاستجابة عندما يكون المفحوص غير متأكد أو ليس عنده أي فكرة عن الإجابة الصحيحة.
- **السرعة** Speed في بعض الاختبارات تكون السرعة مطلوبة في الإجابة عن الفقرات أو حل المشكلات، وفي هذه الحالات فإن بعض المفحوصين يحصلون على درجات منخفضة نتيجة مرور الوقت دون إنجاز المطلوب.

ومن الأمور التي يحتاجها المعلم في عمله أن يلاحظ الطفل في مواقف متنوعة، ومن هذه المواقف موقف الاختبار، ويمكن للمعلم أن يستفيد من

الإرشادات التالية التي أعدها مركز الإرشاد بجامعة ماريلاند بالولايات المتحدة الأمريكية:

- المظهر البدني: زيادة النشاط، والنظافة، والعيوب البدنية
- الخصائص اللفظية: النغمة، وارتفاع الصوت، ومعدل الكلام، والثرثرة، والتهجي.
- سلوك الاختبار: التشويش حول الاختبارات، وعدم التعاون، والانتباه.
- السلوك الاجتماعي: عدم المبالاة، والعداوة، والصداقة، والبحث عن الانتباه، والاكتئاب، والتشكك، والتوكيد، والتوجس.

أمثلة على مقاييس تستخدم مع الأطفال في سن ما قبل المدرسة

(ملاحظة تم تغيير بعض فقرات المقياس الأصلي لتناسب طفل الروضة)

أولاً: قائمة سلوك الطفل

Child Behavior Checklist(Achenbach) Teachers Report Form

مقياس تصرفات الطفل في المدرسة- المدرسين من ٦-١٨ سنة

ترجمة د. عبد العزيز ثابت

عزيزي المدرس

إن إجابتك سوف تستعمل لمقارنه التلاميذ بالتلاميذ الآخرين الذين تم تعبئة مثل هذه الاستبيان لهم من قبل مدرسين آخرين. المعلومات من هذه الاستبانه سوف تستعمل. سوف يتم مقارنتها بمعلومات عن التلميذ من فضلك أجب على قدر الاستطاعة، حتى لو كانت المعلومات ناقصة.

إسم الطالب: .... نوع عمل الوالد: ....
الجنس: .... العمر: .... نوع عمل الأم: ....
تاريخ ميلاد الطفل: .... اسم المدرس: ....
تاريخ اليوم / / اسم المدرسة: ....
الفصل: ....

١- منذ متى تعرف هذا التلميذ؟..................................

٢- كيف تعرفه/ تعرفها؟ ☐ ليس جيدا ☐ بدرجه متوسطه ☐ اعرفه جيدا

٣- كم من الوقت يقضى \تقضى في الفصل كل أسبوع؟

٤- ما هو نوع الفصل (فصل عادي، أو خاص)

٥- هل تم تحويله لفصول أخرى، إشراف خاص من مدرس.

☐ لا اعرف ☐ لا ☐ نعم

٦- تحصيل الدراسي الحالي: ضع جدول المواد الدراسية وافحص العمود المتعلق بالتحصيل الدراسي للطفل.

الرقم	المادة الدراسية	اقل بكثير من المعدل	اقل من المعدل	في المعدل	اكثر قليل من المعدل	اكثر كثير من المعدل
1						
2						
3						
4						

٧- مقارنه بتلميذ عادى في العمر نفسه:

الرقم		اقل كثيرا	اقل من المعتاد	اقل قليلا من المعتاد	اكثر قليلا	اكثر من المعتاد
1	هل هو جيد					
2	هل تصرفه لائق					
3	كم يتعلم /تتعلم					
4	هل هو سعيد					

٨- نتائج أخر الامتحانات (إذا كانت متوفرة)

اسم الاختبار	المـــادة	التاريخ	نسبة المعدل

٩- نسبة الذكاء الاستعداد (إذا كانت موجودة):

....

....

١٠- هل يعانى من مرض، إعاقة جسديه، أو إعاقة عقلية.

☐ لا ☐ نعم ☐ صفها ....

١١- ما الذي يشغلك في هذا الطفل؟

١٢- من فضلك صف الأشياء الجيدة في هذا الطفل ....

١٣- من فضلك اكتب أي ملاحظه عن عمل الطفل، تصرفه أو إمكانياته مستخدما ورقة أخرى إذا أردت

....

....

....

....

عزيزي المدرس/ة

القائمة التالية تضم فقرات تصف تلاميذ المدرسة. كل فقره تصف تلميذ المدرسة الفترة الحالية أو خلال شهرين. الرجاء وضع علامة صح في الخانة التي تنطبق على تصرفات الطفل:

البنـــود	لا	أحيانا	نعم
تصرفاته أصغر من عمره/ ها.			
يهمهم ويقوم بعمل فوضى في الفصل.			
لا يحب الروضة.			
يفشل في إكمال الأعمال التي يبدأها.			
يتصرف تصرفات الجنس الآخر.			
منحرف ويرد بقلة أدب على المعلمين.			
تعيس ومكتئب.			
لا يستطيع التركيز والانتباه طويلا.			
لا يستطيع التخلص من بعض الوساوس.			
نشيط جدا ,لا يرتاح ,ولا يستطيع الجلوس فتره طويلة.			
ملتصق بالكبار واعتمادي.			
قلق جداً لدرجه لا يستطيع الانبساط.			
مرتبك ومشوش.			
يصرخ كثيرا.			
قلق ومتحفز.			
يعامل الآخرين بقسوة ويشاكسهم.			
يستغرق في أحلام اليقظة وكثير السرحان.			
يتعمد إيذاء نفسه والانتحار.			
يحاول دائما جذب الانتباه إليه.			
يكسر أشياءه الخاصة.			
يكسر أشياء الآخرين.			
عنيد في البيت.			

البنـــود	لا	أحيانا	نعم
عنيد في الروضة.			
يضايق غيره من الأطفال.			
لا ينسجم مع الأطفال الآخرين.			
لا يشعر بالندم عند فعل أشياء سيئة.			
لا يشعر بالندم عند قول أشياء سيئة.			
سريع الغيرة.			
يأكل أو يشرب أشياء لا تؤكل كالتراب مثلا.			
يخاف الحيوانات، المواقف، أو أماكن أخرى غير المدرسة.			
يهرب من الروضة ويغيب بدون عذر.			
يخشى أن يخطئ ولذلك يفكر كثيرا قبل القيام بأي عمل.			
يشعر بحالة عجزه.			
يشكو دائما أنه غير محبوب من الآخرين.			
يشعر بأن الآخرين ينبذونه.			
يشعر بالدونية والإهمال.			
يوجد فيه جروح كثيرة.			
دائم العراك والشقاوة مع غيره من الأطفال.			
لا يعمل الواجب المفروض عليه أن يعمله.			
يصاحب الأطفال الآخرين الذين يقومون بعمل مشاكل.			
يسمع أصوات غير موجودة.			
اندفاعي ويعمل أشياء بدون تفكير.			
يفضل أن يكون وحده.			
لا يستطيع التميز بين الحقيقة والخيال.			
يقضم أظافره أو يمص أصبعه.			
عصبي المزاج.			
لديه حركات عصبية.			
لا ينصاع للقوانين.			

البنـــود	لا	أحيانا	نعم
غير محبوب من التلاميذ الآخرين.			
لديه صعوبة في الكلام.			
قلق وخائف جدا.			
يشعر بالدوخة.			
يشعر بالذنب لأتفه الأسباب.			
شره عند تناول الطعام.			
يتعب بسرعة.			
لديه زيادة في الوزن.			
يشكو من آلآم وأوجاع مختلفة مثل ما يلي:			
يشكو من صداع مستمر.			
لديه غثيان و الشعور بالمرض.			
لديه صعوبات في النظر (صفها).			
لديه طفح جلدي أو مشاكل جلدية.			
لديه آلام في المعدة وتقلصات.			
يهدد الآخرين.			
يعتدي بالضرب على الآخرين.			
يحك أنفه، جسمه، أجزاء أخرى من جسمه.			
ينام في الروضة.			
غير مبال / ليس لديه دافعيه لفعل أي شيء.			
ضعيف في التحصيل الدراسي.			
غير مرتب. غير مهندم.			
يفضل اللعب مع الأطفال الآخرين الأكبر سناً.			
يفضل اللعب مع الأطفال الأصغر سناً.			
يرفض الكلام.			
يكرر الأفعال نفسها مراراً وتكرارا "صفها".			
يخرب نظام الفصل.			

البنـــود	لا	أحيانا	نعم
صاخب على غير المعتاد.			
غامض للغاية ويحب أن يحتفظ بأشياء كثيرة عن نفسه.			
يرى أشياء غير موجودة.			
خجول جدا وسريع الارتباك.			
يعمل فوضى.			
يتصرف وكأنه لا يتحمل المسئولية.			
معتز بنفسه كثيرا.			
خجول وانطوائي.			
سريع الانفعال.			
يحبط بسهوله.			
مهمل يسهل عليه أن يربك الأمور.			
بطيء الحركة - غير نشيط.			
يحدق في لا شيء.			
يشعر بالألم عندما ينتقد من الآخرين.			
يأخذ ممتلكات الآخرين دون استئذان.			
تنتابه نوبات غضب ومزاج سيئ.			
له تصرفات غريبة "صفها".			
له أفكار غريبة "صفها".			
يتكلم كثيراً.			
متقلب المزاج بسرعة.			
نكد كثيراً.			
شكّاك.			
يتلفظ بألفاظ بذيئة.			
يتحدث عن قتل نفسه.			

ثانياً: قائمة المؤشرات التي تستوجب الإحالة إلى الأطباء والأخصائيين

التعليمات: ضع إشارة تحت (أحيانا) أو (نعم) أو (لا) اعتمادا على مدى تمثيل الفقرة لوضع الطفل. انتبه إلى أن حدوث مؤشرين أو ثلاثة لا يعني وجود مشكلة، ولاحظ أن الأطفال في مرحلة الروضة والمرحلة الابتدائية يظهرون بعض هذه الاستجابات دون أن يكون لديهم مشكلات، إذا ظهرت أنماط محددة عليك الاستمرار بالملاحظة إذا شعرت بعدم الاطمئنان.

المؤشرات السمعية	أحيانا	نعم	لا
يخرج سائل من أذنيه.	ــــ	ــــ	ــــ
يعاني من الم في إذنيه بشكل متكرر.	ــــ	ــــ	ــــ
تلتهب لوزتاه بشكل متكرر.	ــــ	ــــ	ــــ
يتنفس من الفم.	ــــ	ــــ	ــــ
يشكو من أصوات في الرأس.	ــــ	ــــ	ــــ
صوته عالي كثيرا أو منخفض كثيرا.	ــــ	ــــ	ــــ
كلامه غير طبيعي ويصدر ألفاظا خاطئة بكثرة.	ــــ	ــــ	ــــ
يبدو أنه يسمع ما يريد هو أن يسمعه.	ــــ	ــــ	ــــ
لديه أحلام يقظة.	ــــ	ــــ	ــــ
يبدو عليه الارتباك والتوتر عندما يتحدث الآخرون معه.	ــــ	ــــ	ــــ
لا يظهر اهتماما بالأشياء التي يهتم بها الآخرون.	ــــ	ــــ	ــــ
يدير رأسه إلى احد الجانبين ليسمع المتحدث.	ــــ	ــــ	ــــ
يبدأ بالاستكشاف عندما ينادي عليه احد بدلا من أن يدير نفسه نحو مصدر الصوت.	ــــ	ــــ	ــــ
لا ينتبه.	ــــ	ــــ	ــــ
يبدو عليه عدم الانتباه، خاصة عندما يكون مع مجموعة كبيرة.	ــــ	ــــ	ــــ
يبدي قدرا كبيرا من الخجل عندما يتكلم.	ــــ	ــــ	ــــ
يواجه صعوبة في إتباع التعليمات اللفظية.	ــــ	ــــ	ــــ

المؤشرات السمعية	أحيانا	نعم	لا
يتصرف بطريقة ملفتة للنظر ويبدو عليه الانسحاب.	—	—	—
أداؤه على الفقرات اللفظية في الاختبارات اقل بكثير من أدائه على الفقرات غير اللفظية.	—	—	—
يراقب اقرأنه في الصف ليري ما يفعلون قبل أن يبدأ بالمشاركة.	—	—	—
لا ينهي عمله في معظم الأحيان.	—	—	—
يسمع المعلم فقط عندما يرى المعلم.	—	—	—
يسمع في بعض الأيام ولا يسمع في الأيام الأخرى.	—	—	—
يعطي أجوبة لا علاقة لها أبدا بالأسئلة.	—	—	—
غالبا ما يطلب من المجموعة أن يعيدوا ما قالوه أو يستجيب بقوله: ماذا؟	—	—	—

المؤشرات البصرية	أحيانا	نعم	لا
احمرار جفون العين	—	—	—
اتجاه الحدقتين إلى الداخل أو الخارج أو الأعلى أو الأسفل	—	—	—
خروج إفرازات من العنينين	—	—	—
اكتساء الرموش والجفون بقشرة	—	—	—
انتفاخ الجفون وظهور شحاذ العين بشكل متكرر	—	—	—
عدم تساوي حجم حدقتي العين	—	—	—
تحرك الحدقتين بكثرة	—	—	—
تدلي جفون العين	—	—	—
فرك وحك العينيين بكثرة	—	—	—
إغلاق أو تغطية إحدى العينيين	—	—	—
صعوبات في التركيز أو التتبع	—	—	—
الصداع أو الغثيان بعد عمل أشياء قريبا من العينين	—	—	—
التوتر إثناء عمل المهمات البصرية	—	—	—
الحول أو ظهور ملامح وجهية غير عادية أثناء أداء المهمات البصرية	—	—	—

المؤشرات البصرية	أحيانا	نعم	لا
انحناء الرأس (ربما لاستخدام إحدى العينين)	ــــ	ــــ	ــــ
تجنب الإضاءة أو التذمر منها	ــــ	ــــ	ــــ
الشكوى من الألم في العين	ــــ	ــــ	ــــ
النظر إلى الأشياء من مسافة قريبة جدا	ــــ	ــــ	ــــ
الشكوى من الحكة في العين	ــــ	ــــ	ــــ
تجنب الأعمال التي تؤدي من مسافة قريبة من العين	ــــ	ــــ	ــــ
يدير رأسه وليس عينيه لينظر للأشياء	ــــ	ــــ	ــــ
يتعب بسهولة بعد تأدية المهمات البصرية	ــــ	ــــ	ــــ
يخلط الأحرف والأرقام والأشكال المتشابهة من حيث الشكل	ــــ	ــــ	ــــ
كثيرا ما يتعثر بالأشياء الصغيرة	ــــ	ــــ	ــــ
لديه ضعف في التآزر البصري-اليدوي	ــــ	ــــ	ــــ
لا يستطيع تتبع شيء يتحرك أمامه على بعد ٢٥-٣٠سم	ــــ	ــــ	ــــ

مؤشرات عامة	أحيانا	نعم	لا
يبكي بسهولة ويصاب بالإحباط لأسباب بسيطة	ــــ	ــــ	ــــ
حركاته خرقاء وغير بارعة، ويعاني من صعوبات بصرية حركية (على سبيل المثال يواجه صعوبات غير عادية في التلوين أو القص أو المتاهات)	ــــ	ــــ	ــــ
يظهر صعوبات إدراكية بصرية أو سمعية	ــــ	ــــ	ــــ
يبدو عليه الانزعاج الشديد من الأصوات العالية	ــــ	ــــ	ــــ
كثيرا ما يبدو عليه الارتباك وعدم الثقة بالنفس	ــــ	ــــ	ــــ
يعمل ببطء شديد أو انه ينهي كل شيء بسرعة دون إتقان	ــــ	ــــ	ــــ
يواجه صعوبة في عمل الأشياء وحده	ــــ	ــــ	ــــ
سلوكه يتصف بالتهور	ــــ	ــــ	ــــ
يتشتت بسهولة	ــــ	ــــ	ــــ
قدرته على الانتباه محدودة جدا	ــــ	ــــ	ــــ
لا يستطيع اتباع التعليمات	ــــ	ــــ	ــــ

مؤشرات عامة	أحيانا	نعم	لا
يتصف بكثرة النشاط أو قلته	—	—	—
يعيد النشاط مرة تلو الأخرى	—	—	—
يتكيف بسهولة وبسرعة في بعض المواقف ولكنه لا يتكيف في الأخرى	—	—	—
أداؤه يتصف بالتباين وعدم الثبات	—	—	—
لا ينقل ما تعلمه في موقف إلى موقف آخر	—	—	—
يقاوم التغيير بقوة	—	—	—
يزعج الصف بشكل متكرر	—	—	—
لا يتذكر الروتين اليومي لغرفة الصف ويعاني من مشكلات أخرى على صعيد الذاكرة	—	—	—
يواجه صعوبة في الاختيار	—	—	—
يفتقد إلى الروح الابتكاريه واهتمامه اقل من عمره الزمني	—	—	—
يتعلم ببطء شديد بحيث لا يستطيع أن يجارى الآخرين	—	—	—



الفصل الرابع

المشكلات النفس الاجتماعية لطفل الروضة

أولاً : القلق

ثانياً : الخوف المحدد

ثالثاً : الخجل

رابعاً : الغضب

خامساً : الغيرة

سادساً : العناد لدى الأطفال

سابعاً : تدني اعتبار الذات

ثامناً : العزلة والانطواء والانسحاب الاجتماعي

تاسعاً : مشكلة الاكتئاب

عاشراً : مشكلة التواصل مع الآخرين

4

الفصل الرابع

المشكلات النفس الاجتماعية لطفل الروضة

أولاً - القلق

يمثل القلق حالة من الشعور بعدم الارتياح والاضطراب والهم المتعلق بحوادث المستقبل، وتتضمن حالة القلق شعورا بالضيق وانشغال الفكر وترقب الشر وعدم الارتياح حيال ألم أو مشكلة متوقعة أو وشيكة الوقوع، وفي عمر الثلاث سنوات يظهر الأطفال شعورا بالقلق تجاه الأذى الجسمي، أو فقدان حب الوالدين، أو الاختلاف عن الآخرين، أو العجز عن التعامل مع الحوادث، وتعتبر مشاعر القلق المتعلقة بأخطاء متخيلة من الأمور الشائعة في مرحلة الطفولة الباكرة.

إنه الخوف والشعور بالانقباض، وترقّب شر أو مصيبة، ستقع مستقبلاً. وإذا كان الخوف من شيء معلوم، أو أن المصيبة، التي يخشى حدوثها معلومة، (معروفة للشخص)؛ فذلك هو القلق الثانوي، أما إذا كان الخوف غير معروف السبب، فيسمى القلق الأولي، ونظراً إلى أن السبب مجهول، فإن الشر المرتقب، أو المصيبة المرتقبة، غير معلومة المصدر، أو الوقت أو الكيفية، فلا يعرف الشخص من أين؟ ولا متى؟ ولا كيف ستقع المصيبة؟ لذا، فهو في خوف وترقّب دائم، ولا يغمض له جفن، ولا يستكين له فؤاد، ولا يستقر له جانب، لأن المصيبة قد تقع في أي لحظة. فكل جديد، قد يأتي بالمصيبة، وكل آت قد يحملها معه، وكل طرقة على بابه، يجفل لها، وترتعد فرائصه، وتضّطرب ضربات قلبه، إنها المصيبة، قد تكون آتية.

القلق أيضا: مشاعر تدور حول تهديدات قريبة غير محددة لا يوجد لها أساس واقعي، ويظهر القلق في:

- مظاهر معرفية (أفكار تدور حول شيء مخيف).

- سلوكية (سلوكيات تجنب للمواقف المثيرة للقلق مثل التحدث أمام الجمهور).
- مظاهر جسمية (ضيق التنفس، زيادة العرق، توتر عضلي، ارتفاع ضغط الدم، عسر الهضم).

هل يعد كل القلق سلوكا مشكلا؟

عندما تواعد شخصاً ما مكاناً ما، بعيد عن بيتك، أو عن المكان الذي توجد فيه، فإنك تشعر، عند اقتراب الموعد، ببعض القلق، يدفعك إلى سرعة ارتداء ملابسك، والخروج إلى الموعد. وإذا كان الطريق معطلاً، لاختناق المرور فيه، فإنك تنظر إلى ساعتك بقلق، خوفاً على الموعد الذي قطعته على نفسك. وقد يربكك ذلك، فتصدم بسيارتك الآخرين أو سياراتهم (إذا كنت تقود سيارتك)، أو تحتك بمن يقف إلى جوارك في الحافلة، أو بمن يعترض طريقك أثناء نزولك منها. وإذا كنت طالباً، فأنت على موعد مع الامتحان، الشهري أو السنوي، وتحسب لهذا الامتحان الحساب بالأشهر والأيام، والذي لا يلبث أن يتناقص إلى ساعات، وكلما اقترب الموعد ازداد القلق. وكلما كان إنجازك العلمي ضئيلاً، كان القلق أكثر.

القلق، إذاً، يعد باعث لك على أن تتحرك للوصول إلى المكان المحدد، في الموعد المحدد. وهو كذلك باعث لك على الإنجاز الدراسي والتحصيل، كالاستعداد للامتحان، إذا كنت طالباً. أضف أنه باعث للزوجة على تدّبر شؤونها المنزلية، قبل عودة زوجها، أو حضور ضيوفها. زد أنه باعث للموظف أن يسرع الخطى، لبلوغ عمله في الموعد المحدد. واستطرادا فالقلق هو باعث للحياة ومحرك لها. ونقيضه الاسترخاء التام؛ بل السكون من هذا المنطلق، يعد القلق شيئاً صحياً، يدفع نحو الأهداف، ولكنه ككل شيء، حين يزيد عن حده، فإنه ينقلب إلى ضده، وبعد أن كان باعثاً، محركاً، أصبح مربكاً معطلاً، بل مزعجاً.

ومن أبرز أشكال القلق التي يمكن ملاحظتها لدى الأطفال الصغار في سن ما قبل المدرسة:

(١) قلق الانفصال

يقصد به القلق الذي يظهر على الطفل عند انفصاله عن والدته أو من يرعاه بشكل أكبر، ويظهر هذا القلق بشكل طبيعي بين ١٠أشهر وثمانية عشر شهراً من العمر وبالتدريج مع النمو يبدأ الطفل بالزحف بعيداً عن الأم وان كان دائماً ما يلتفت ليتأكد من قربها منه. وأجريت أبحاث كثيرة في هذا الاتجاه أدت لفهم أعمق لهذه العلاقة التي تتكون خلال الأشهر الأربعة والعشرين الأولى من حياة الطفل، وكل الشواهد البحثية تقول أن هذه المرحلة حاسمة في تكوين شخصية الطفل وفي مستقبله كبالغ، لكن الشاهد هنا أن الطفل الذي يكون علاقة آمنة بالارتباط مع أمه خلال السنوات الأولى من عمره وان كان يمر بشكل طبيعي بمرحلة قلق الانفصال وقلق الغرباء إلا أنه في سن دخول المدرسة أو الروضة يستطيع التأقلم بشكل جيد والانسجام خلال الأسبوع الأول عموماً.

ويتميز بالقلق من الغرباء، وقلق الانفصال عن الأم، والخوف من الأماكن الغريبة عنه وهو مستمر بعد الثالثة ويستمر لمدة أربعة أسابيع على الأقل. والظاهرة الأساسية لاضطراب قلق الانفصال هي قلق شديد جدا يعجل به الانفصال عن الوالدين أو البيت أو أية أشياء أخرى تحيط بالطفل ومألوفة له والحزن أعظم مما هو متوقع من المستوى النمائي للطفل ويظهر عند التفكير في السفر أو خلال رحلة بعيدة عن البيت ويظهر مشاكل في الطعام والأنين والصعوبة في النوم.

ويشخص بالدلالات الآتية، كما أوردها الدليل الإحصائي التشخيصي الرابع للاضطرابات العقلية (DSM-IV): المعايير التشخيصية لاضطراب قلق الانفصال:

أ- النمو غير متناسب وقلق متزايد متصل بالانفصال عن المنزل أو من يتعلق بهم الطفل وهو واضح في ثلاثة أو أكثر من:

١-الألم المتكرر الشديد عند توقع الانفصال عن البيت.

٢-قلق دائم ومتكرر لفقدان شخص عزيز أو توقع حدوث كارثة.

٣-رفض الذهاب للمدرسة بسبب الخوف من الانفصال.

٤-قلق متزايد بأن مكروها سيحدث وسيؤدي إلى الانفصال عن شخص عزيز.

٥-الخوف من الوحدة بأسلوب متزايد.

٦-رفض الذهاب إلى النوم.

٧-الكوابيس المزعجة المتكررة .

٨-شكوى متكررة من الأعراض البدنية كالصداع أو ألم المعدة .

- أما مدة الاضطراب فهي أربعة أسابيع على الأقل.
- وسن الإصابة قبل بلوغ الثامنة عشرة من العمر
- كما يسبب الاضطراب حزنا بالغا وضعفا في العلاقات الاجتماعية والأكاديمية.
- وهذا الاضطراب لا يحدث بصورة منفردة أثناء حدوث اضطراب النمو السائد أو مرض الفصام أو أي اضطراب عصابي آخر.

أسباب رفض الطلاب دخول الفصل:

يختلف الأطفال في تقبل الوضع الجديد(المدرسة) حسب الفروق الفردية بينهم، وحسب ظروف التنشئة والخبرات النفسية فمنهم من يتقبل البيئة الجديدة من الوهلة الأولى وآخر بعد ساعة وآخر بعد يوم أو يومين أو ثلاثة ومنهم من يستمر لأكثر من ذلك ويتوقف ذلك على عامل أو عدة عوامل مجتمعة من العوامل التالية:

- غياب التهيئة المنزلية وعدم الاستفادة من كتيب الأسرة.
- القصور في التهيئة المدرسية بالشكل الصحيح.
- عدم التحاق الطفل بالدراسة التمهيدية قبل الابتدائي.
- مشاهدة مظهر عقابي داخل المدرسة أثناء التمهيد أو قبل ذلك.
- أسلوب المعلم في اليوم الأول لدخول الفصل.
- مضايقة من أحد زملاء الطالب.

- الشخصية القلقة أصلا، أو من يعاني من حالة قلق (قلق الانفصال) أو حالة خوف اجتماعي شديد.
- عدم التدريب الكافي لطلبة الصفوف العليا المشاركين في التهيئة على الأساليب المناسبة، والألفاظ التربوية المناسبة.
- عدم حضور ولي أمر الطالب برنامج التمهيد برفقة ابنه.

الأساليب الوقائية في المدرسة:

- تنفيذ التمهيد بالشكل المطلوب داخل المدرسة ليقبلها الطفل أولا ومن ثم يقبل الفصل.
- تزيين الفصل بحيث يبدو جميلا مختلفا عن المدرسة والمنزل.
- توزيع الهدايا والحلويات والألعاب داخل الفصل، وإقامة برنامج ترفيهي مدروس.
- بشاشة أعضاء اللجنة ومعلم الفصل وصبرهم على انفعالات الطفل(ومراعاتهم له من شأنه إيجاد التوافق النفسي الاجتماعي).
- تشجيع الطفل على دخول الفصل من قبل الأسرة بعد العودة إلى المنزل يوميا.
- تمكينه من رؤية حجرة الفصل كي لا ينفر منها لاحقا.
- إعطائه الحرية في التقبل والتعبير عن مشاعره بطريقته(لأن الهدف جذبه إلى الفصل وليس تقويم سلوكه في الفترة الحالية).
- توفير الوسائل السمعية والمرئية داخل الفصل واختيار الأفلام التربوية والأقراص الحاسوبية المناسبة لهذه المرحلة، واختيار المعروضات الجاذبة.
- توفير كاميرا تصوير حي (ما أمكن ذلك)، موصلة بشاشة تلفزيونية أو حاسوبية، بحيث يتم تصوير الأطفال واحدا واحدا، وتشجيع كل على حدة، والتركيز على الطفل الجريء المتوافق بحيث يكون أنموذجا لبقية الأطفال.
- توفير برنامج العارض(بور بوينت) في عرض صور متحركة وثابتة مشوقة، وعرض صورة كل طالب واسمه، مع التشجيع اللازم بالطرق المناسبة.(يمكن استخدام هذه الطريقة في بداية أيام التمهيد في مقر الاستقبال).

- توفير دفاتر رسم يستخدمها الأطفال تحت إشراف المعلمين، لتبديد القلق بحيث تكون الرسومات مناسبة وتخدم التهيئة.
- التخطيط للتدريس بشكل مشوق(بعد انتهاء أيام التمهيد)، حسب المقرر والتدرج في إكساب الأطفال المعارف والمهارات المطلوبة، كي لا ينفر بعض الطلاب من الفصل(حيث أن بعض الطلاب قد يترك الفصل بمجرد أن يبدأ المعلم في التدريس، ولذا فمن الأهمية أن يستمر المعلم في التمهيد والتشويق داخل الفصل إلى جانب التدريس لأسابيع.
- التحلي بالصبر والحلم والأناة والبعد عن العنف مع الأخذ بأيسر الأمور في التعامل مع هذه الفئة.

الأساليب العلاجية في المدرسة:

- عدم إجبار الطفل على دخول الفصل بالقوة.
- منع تجمع أولياء أمور الطلاب أمام حجرة الفصل.
- بناء العلاقة مع الطفل من قبل المعلمة مع حضور ولي الأمر بما يعتبر مناسبا من الألفاظ والألعاب الحاسوبية والرسم باستخدام الألوان المختلفة. وذلك لتبديد القلق، وتقبل المعلمة.
- دخول المعلمة وولي الأمر إلى الفصل مع اصطحاب الطفل (في الغالب لن يرفض الدخول ما دام ولي أمره موجودا معه).
- تمكين ولي أمر الطالب، أو أخيه في أحد الصفوف الأخرى(إن وجد) من المكوث معه داخل الفصل ليوم أو يومين كحد أقصى للتخفيف من حدة الرهبة.
- تشجيع الطفل على دخول الفصل من قبل المعلمة تدريجيا مع بقاء ولي أمره في مكتب المرشد.
- القيام بجولة استثنائية برفقة المعلمة وولي الأمر على مرافق المدرسة مع التطمين اللازم وتعزيز كل الخطوات الايجابية في سبيل قبول المدرسة وحجرة الفصل،
- الصبر وضبط الانفعالات وعدم إظهار مشاعر الاستياء، والإيعاز إلى ولي الأمر بذلك خدمة لعدم تنفير الطالب من الفصل.

- إذا لم يدخل الطفل الفصل بعد كل هذه الإجراءات والمحاولات، فبعد التأكد من سلامة صحته يمكن أن يُغمر في الموقف المخيف (أي دخول الفصل كأمر حتمي) ويمكن لولي أمره مغادرة المدرسة إلى حين الانصراف، أما المعلمة فتستمر في برنامجها داخل الفصل وتظهر شيئا من الإغفال لبكاء وتذمر ذلك الطفل، مع ضرورة مباركة وتعزيز أي خطوة إيجابية من الطفل لقبول الموقف، مع منحه حرية الحركة داخل الفصل وكذا فرصة الذهاب إلى دورة المياه متى يطلبها مع مرافقته إلى مكانها وطمئنته.
- أما إذا لم تُجد هذه الإجراءات (مع نهاية الأسبوع الدراسي الثاني تقريبا) فيمكن اللجوء إلى الطبيب النفسي أو الأخصائي النفسي للعلاج، وقد يتطلب الأمر استخدام الأدوية (مضادات الاكتئاب في علاج الخوف من المدرسة) حيث ثبت أن نتائجها جيدة ومأمونة تماما، علما بأن مفعول الأدوية الكيميائية يكمن في تخفيف الأعراض، وزيادة ثقة الطفل بنفسه ليواجه مخاوفه من المدرسة.

الأساليب العلاجية التي يمكن للأسرة القيام بها:

- زيارة المدرسة معا قبل بدء العام الدراسي عدة مرات حتى يتعود الطفل مشاهدة المعلمين ومرافق المدرسة.
- تجنب مناقشة الطفل في أي موضوع يتعلق بخوفه من المدرسة وخاصة خلال عطلة نهاية الأسبوع التي تسبق الذهاب إلى المدرسة، فلا شيء يثير خوف الطفل أكثر من الكلام عن موضوع الخوف، لأن الحديث عنه أكثر إثارة للخوف من المواقف ذاتها، ولا نناقش أعراض خوفه أيضا، ولا نستخدم أسئلة مثل: هل تشعر بالخوف لأنك ستذهب إلى المدرسة غداً؟ هل أنت مضطرب أو خائف أو هل تشعر أن قلبك يخفق لأنك ستذهب إلى المدرسة غداً؟
- أخبر الطفل بكل بساطة في نهاية عطلة الأسبوع، وبالذات في الليلة التي تسبق صباح الذهاب إلى المدرسة بدون انفعال وكأمر واقعي بأنه سيذهب إلى المدرسة غداً.
- أيقظ الطفل في صباح اليوم التالي، وساعده على ارتداء ملابسه، وزوده ببعض الأطعمة الجذابة على ألا تكون من النوع الدسم الذي قد يؤدي إلى

الشعور بالغثيان فيما بعد (لاحظ أن الغثيان من أعراض القلق، وأن إثارته بشكل قصدي أو غير قصدي قد يؤدي إلى إثارة القلق وزيادة حدته).

- خلال فترة الإعداد هذه تجنب أي أسئلة عن مشاعره، ولا تثر أي موضوعات خاصة بخوفه حتى ولو كان هدفك زيادة طمأنينته (لا تسأل مثلا إن كان يشعر بالهدوء) كل المطلوب أن تأخذه إلى المدرسة، (فقد تكون ردة فعله سلبيه فيتمسك بك، فلا تحاول أن تستجيب له خصوصاً عندما تكون متأكدا من أن ابنك لا يعاني من أي مرض) وسلمه للمعلمة أو أحد المعنيين بالاستقبال واترك المكان.
- عليك عند عودته من المدرسة أن تمتدح سلوكه، وأن تثني على نجاحه في الذهاب إلي المدرسة، مهما كانت مقاومته أو سخطه أو مخاوفه السابقة (مثل العناد أو الصراخ أو رفض الذهاب إلى المدرسة)، وبغض النظر عما ظهر عليه من أعراض الخوف قبل الذهاب إلى المدرسة أو خلال اليوم كالتقيؤ أو الإسهال.
- أبلغه أن غداً سيكون أسهل عليه من اليوم، ولا تدخل في مناقشات أكثر من ذلك، وكرر هذه العبارة (إن غداً سيكون أسهل من اليوم) حتى وإن بدا الطفل غير مستعد لذلك.
- كرر في صباح اليوم التالي ما حدث في اليوم السابق، وكرر بعد عودته من المدرسة السلوك نفسه بما في ذلك عدم التعليق على مخاوفه، مع امتداح سلوكه ونجاحه في الذهاب إلى المدرسة.
- عادة ستختفي الأعراض في اليوم الثالث، ولمزيد من التدعيم يمكن أن تهديه في اليوم الثالث شيئاً جذابا، أو يمكن تنفيذ جلسة أسرية بسيطة احتفالا بتغلبه على المشكلة ودخوله المدرسة.
- استمر في تأكيد العلاقة الإيجابية بالمدرسة لتجنب أي انتكاسات مستقبلية قد تحدث لأي سبب آخر كالعدوان أو المعاملة غير التربوية داخل المدرسة.
- عندما يستمر هذا الخوف بعد الأسبوع الأول، ويؤدي إلى إحجام الطالب عن الذهاب إلى المدرسة يمكن أن تستعين بمركز التوجيه والإرشاد.

(٢) قلق ما بعد الصدمة

قلق ما بعد الصدمة: عبارة عن أعراض خاصة تحدث بعد صدمة معينة وهذه الصدمة أشد من أن تستوعبها خبرة الطفل، وتجعل الطفل منعزلا وحذرا ويصبح يجفل لأتفه الأسباب.

ويشخص بالدلالات الآتية، كما أوردها الدليل الإحصائي التشخيصي الرابع للاضطرابات العقلية (DSM-IV):

١- الأحداث تشمل أعمال أو تهديد بالموت أو إصابة جسدية للطفل ويشعر بالخوف الشديد والتهديد والشعور بالعجز.

٢- أن يعيد الطفل الأحداث بشكل متكرر بأحد الطرق التالية:

أ- أفكار اقتحامية وتذكر للأحداث (صور).

ب- أحلام متكررة للأحداث أو يرمز لها.

ج- استرجاع المشهد بهلاوس أو أوهام أو الشعور بأن الحدث لا يزال يحدث.

د- ظهور إشارات توتر كرد فعل للإشارات الداخلية والخارجية ترمز إلى جزء من الحدث.

هـ- ردود فعل فسيولوجية استجابة لمؤشرات الصدمة.

٣- يتجنب الطفل بشكل مكرر المثيرات المرتبطة بالموقف ويشعر بالخدر ويظهر ثلاث أو أكثر من المواقف التالية:

- تجنب المعالم المميزة للحدث.
- شعور الطفل بالعزلة عن الآخرين.
- قلة الاهتمام بالأنشطة.
- الحد من القدرة على الحب.
- يشعر أنه لا يمكن أن ينجز في الحياة.

- وهذه الأعراض تظهر لمدة تتجاوز الشهر.

أسباب القلق من خلال وجهة النظر السلوكية والمعرفية والتحليلية:

أولا: وجهة نظر السلوكية

- الاشراط الكلاسيكي: القلق مكتسب من خلال التعلم والاشراطات
- القلق يولد السلوك الهروبي أو التجنبي
- ايزنك: استجابة القلق تحدث بسبب أحداث صادمة تشتمل على رد فعل عصبي لا إرادي، ويرى أن القلق يستمر من خلال ردود الفعل المرتبطة بالقلق والني تأخذ خصائص الدافعية من محاولة خفض التوتر المتمثل بالهرب والتجنب.
- وولبي: رأى أن القلق يستمر من خلال التعزيز عند خفض مستوى القلق بتجنبه لفترة ما والشعور بالراحة، ويستند ذلك على مبدأ الكف المتبادل.

ثانيا: وجهة نظر المعرفية

- تستنبط الأحداث المتلاحقة الاتجاه نحو الخوف.
- يتيقظ الفرد بحذر للمخاوف ويرصد المثيرات الخارجية والداخلية للخطر.
- يضخم الفرد شدة النتائج غير السارة.
- بيك: الانفعال هو خبرة ناتجة بالطريقة الني يفسر بها الحدث، أي أن الحدث نفسه يثير عواطف وانفعالات مختلفة لدى الأفراد المختلفين لأن الشخص يفسره بشكل محدد.

ثالثا: وجهة نظر التحليلية

- يحدث القلق بسبب التغيير الذي يطرأ على الهياج الناجم عن الاندفاعات الجنسية.
- ربط فرويد القلق بمرحلة الطفولة.
- ويرى القلق ناتجا عن الممارسات الجنسية والشعور بالذنب حيال الدفاعات الجنسية.

وقد قسم فرويد القلق إلى نوعين مميزين:

- القلق الواقعي (الموضوعي) وهو خبرة انفعالية غير ممتعة تنتج من إدراك الفرد

وجود خطر في العالم الواقعي، كالخوف من شيء يستدعي الخوف مثل اقتراب حيوان مفترس.

- القلق العصابي: وهنا تصبح مخاوف الأنا مبالغ فيها بسبب متطلبات الهو الغريزية، ونتيجة لهذا القلق قد تظهر نوبات الهلع وقد يظهر خوف غير منطقي من شيء لا يستدعي الخوف، وقد يظهر خوف مزمن من خطر وشيك الحدوث لا يوجد ما يثبت حدوثه.
- القلق الأخلاقي: وهو نتيجة للصراع بين دوافع الهو ووظائف الأنا الأعلى والتي عادة ما يصاحبها مشاعر قوية من الذنب والزيف.
- وظيفة القلق عند فرويد إطلاق دفاعات لحماية وحدة الأنا كالكبت.

أسباب القلق العامة:

- الافتقار إلى الأمن: وهو انعدام الشعور الداخلي بالأمن عند الطفل وكذلك فإن الشكوك تعتبر مصدر خطر.
- عدم الثبات: إن عدم الثبات في معاملة الطفل سواء أكان المعلم في المدرسة أم الأب في البيت واللذان يتصفان بعدم الثبات في المعاملة يكونان سبباً أخر في القلق عنده.
- الكمال/ المثالية: وهي توقعات الآباء للإنجازات الكاملة لأطفالهم وغير الناقصة تشكل مصدر من مصادر القلق عندهم، وذلك بسبب عدم استطاعتهم القيام بالعمل المطلوب منهم بشكل تام.
- الإهمال: يشعر الأطفال بأنهم غير آمنين عندما لا تكون هناك حدود واضحة ومحدودة فهم يفتقرون إلى توجيه سلوكياتهم.
- النقد: إن النقد الموجه من الكبار والراشدين للأطفال يجعلهم يشعرون بالقلق والتوتر، وإن التحدث عنهم وعن سيرتهم يقودهم إلى القلق الشديد، خاصة إذا عرف الأطفال أن الآخرين يقومون بعملية نقد لهم أو محاكمتهم بطريقة ما.
- ثقة الكبار الزائدة: بعض الكبار يثقون بالأطفال كما لو كانوا كباراً، غير حاسبين أن نضج الأطفال قبل الأوان يكون سبباً في زيادة القلق عندهم.

- الذنب: يشعر الأطفال أنهم قد أخطأوا عندما يعتقدون أنهم قد ارتكبوا أخطاء أو تصرفوا تصرفاً غير لائق.
- تقليد الآباء: غالباً ما يكون الأطفال قلقين كآبائهم، لأنهم يراقبون آباءهم وهم يتعاملون مع المواقف بكل توتر واهتمام.
- الإحباط المتزايد: إن الإحباط الكثير يسبب الغضب والقلق، إذ أن الأطفال لا يستطيعون التعبير عن الغضب بسبب اعتمادهم على الراشدين، ولذلك فإنهم يعانون من قلق مرتفع، وينبع الإحباط كذلك من شعورهم بأنهم غير قادرين على الوصول إلى أهدافهم أو أنهم لم يعملوا جيداً في المدرسة، بالإضافة إلى لوم الأطفال وانتقادهم على تصرفاتهم الغبية قد يزيد من الإحباط لديهم.

طرق الوقاية:

- تعليم الأطفال الاسترخاء: لا يمكن أن يكون الأطفال قلقين ومسترخين في آن واحد، فيجب أن يتعلم الأطفال الاسترخاء وأخذ نفس عميق وإرخاء عضلاته.
- استخدام استراتيجيات عديدة لقمع القلق: و ذلك بأن يفكر الطفل بمشاهد هادئة ومفرحة، وهذا يساعده على إرخاء عضلاته المتوترة، وهذا يجب أن يكون ضمن التدريب على الاسترخاء، بالإضافة إلى التركيز على مشكلة واحدة بأن يختار الطفل ناحية من نواحي اهتماماته ويحاول حلها، إذا كان ذلك ممكناً ومواجهة مشكلاته كل واحدة في وقت معين.
- تشجيع الطفل للتعبير عن مشاعره: وذلك يمكن بإشراك الطفل في مناقشات الأسرة، وتكون المشاركة حرة بحيث يتاح لهم أن يعبروا عن أي مشاعر لديهم مثل الغضب أو الإحباط.
- الطرق المتخصصة: في حال أن يكون القلق طويلاً فإن المساعدة المتخصصة يجب البحث عنها إذا لم تنفع طرق الآباء في القضاء على القلق ومن هذه الطرق التي يستخدمها المعالجون التنويم المغناطيسي لتقليل الحساسية المتزايدة.

علاج القلق:

أولا: العلاج النفسي الفردي ويتضمن أسلوبين:

أ - العلاج النفسي الدينامي للطفل وهنا يتم تقوية الانا لتحمل مواقف القلق في جلسات نفسية مرتين أو ثلاثة أسبوعيا.

ب - العلاج المعرفي السلوكي: ومنه التدريب على الاسترخاء والعلاج بالتعريض لمواقف انفعالية وكذلك يتم استخدام التصريحات التي يقوم بها شخص وتهدف إلى زيادة الإحساس بالاعتماد على النفس وكذلك يتم استخدام تقليل الحساسية التدريجي باصطحاب الطفل إلى المدرسة أول يوم عدة دقائق وتزداد تدريجيا.

ثانيا: العلاج الأسرى من اجل أن يقوم الأهل بتقديم التشجيع المتواصل للإرادة ومن خلال تشجيع التعبير عن المخاوف والصراعات.

ثالثا: العلاج البيئي وتشمل الخطة العلاجية عند التعامل مع القلق كل من: البيت والمدرسة والشارع لأن الكل يسهم في المشكلة والعلاج.

ثانيا: الخوف المحدد

مفهومه:

الخوف إنفعال قوي غير محبب سببه إدراك خطر ما، إن المخاوف مكتسبة أو تعليمية، لكن هناك مخاوف غريزية مثل الخوف من الأصوات العالية أو فقدان التوازن أو الحركة المفاجئة، إن الخوف الشديد يكون على شكل ذعر شديد، بينما الكراهية والاشمئزاز تسمى خوفاً، أما المخاوف غير المعقولة تسمى بالمخاوف المرضية، إن المخاوف المرضية عند الأطفال تتضمن الظلام والعزلة والأصوات العالية، المرض و الوحوش، الحيوانات غير المؤذية، الأماكن المرتفعة، المواصلات، وسائل النقل، الغرباء.

ويشخص بالدلالات الآتية، كما أوردها الدليل الإحصائي التشخيصي الرابع للاضطرابات العقلية (DSM-IV):

١) لدى الطفل خبرات خوف قوية ومستمرة تبرز من خلال مؤشرات لموضوعات أو لمواقف محددة.
٢) المواقف المثيرة للخوف تثير استجابات القلق بشكل فوري أي لا يظهر أعراض نوبة الهلع.
٣) الخوف غير معقول والطفل يدرك ذلك.
٤) يتجنب الطفل الموضوعات المثيرة أو يتحمل ذلك من خلال ضغوط حادة
٥) يجب أن تظهر على الطفل الأعراض لمدة ٦ شهور فأكثر.
٦)هنالك مؤشرات ضغط حول هذه المخاوف وتتداخل هذه الإشارات مع وظائفه اليومية الاجتماعية والشخصية.
٧) لا يمكن تفسير هذه الأعراض ضمن اضطرابات القلق الأخرى.

مخاوف الطفل حسب العمر الزمني:

■ **سنتان:** مخاوف متعددة منها:

- مخاوف سمعية مثل الخوف من القاطرات، الرعد، الناقلات الضخمة، المكانس الكهربائية، الأصوات المرتفعة.
- مخاوف بصرية: الألوان القاتمة، المجسمات الضخمة.
- مخاوف شخصية: انفصال عن الأم وقت النوم، خروج الأم أو مغادرتها المنزل، المطر والرياح.
- مخاوف مرتبطة بالحيوانات: خاصة الحيوانات المتوحشة.

■ **سنتان ونصف:**

- مخاوف مكانية: الخوف من الحركة أو الخوف من تحريك بعض الأشياء.
- مخاوف من الأحجام الضخمة: وخاصة الناقلات.

■ **ثلاث سنوات:** ومن أهم مخاوفه فيها:

- مخاوف بصرية: الخوف من المسنين، الأقنعة، الظلام، الحيوانات، رجال الشرطة، اللصوص. مغادرة الأم أو الأب المنزل خاصة أثناء الليل.

- ■ **أربع سنوات:**
  - مخاوف سمعية: مثل الخوف من الماكينات، الظلام، الحيوانات البرية، مغادرة الأم المنزل خاصة في الليل.
- ■ **خمس سنوات:**
  - فترة خالية نسبياً من المخاوف، لكن المخاوف إن وجدت تكون ملموسة وواقعية كالخوف من الإيذاء والأشرار والاختطاف، والكلاب، والخوف من عدم عودة الأم أو الأب للمنزل.
- ■ **ستة سنوات:**
  - مخاوف سمعية: مثل جرس الباب، الهاتف، الأصوات المخيفة، أصوات الحشرات وبعض أصوات الطيور.
  - مخاوف خرافية: مثل الأشباح والعفاريت، الخوف من اختباء أحد في المنزل أو تحت السرير.
  - مخاوف مكانية: الخوف من الضياع أو الفقدان، الخوف من الغابات والأماكن الموحشة، د-الخوف من بعض العناصر الطبيعية: الخوف من النار، الماء، الرعد، البرق، الخوف من النوم المنفرد، الخوف من البقاء في المنزل أو في حجرة، الخوف من ألا يجد الأم بعد العودة لمنزله أو أن يحدث لها أذى.
  - الخوف من أن يعتدي عليه أحد بالضرب، الخوف من الجروح والدم، الخوف من خوض خبرة جديدة بمفرده، الخوف من المدرسة كبيئة جديدة.

الأسباب:

١- الخبرات المؤلمة: يحدث الخوف عندما يكون هناك ضيق نفسي، أو جرح جسدي ناتج عن خوف يشعر به الأطفال بالعجز، وعدم القدرة على التكيف مع الحوادث والنتيجة هي بقاء الخوف الذي يكون شديداً ويدوم فترة طويلة من الوقت، هناك مواقف تستثير هذا النوع من المخاوف، بعضها واضحة ومعروفة، بينما المواقف الأخرى غامضة ومجهولة.

٢- السيطرة على الآخرين: إن المخاوف يمكن أن تستعمل كوسائل للتأثير أو السيطرة على الآخرين، أحياناً أن تكون خائفاً الوسيلة الوحيدة والأقوى لجلب الانتباه وهذا النمط يعزز مباشرة الطفل لتكون له مخاوف، وهو يجعل الآخرين يتقبلون الطفل وهو يحصل على الإشباع عن طريق الخوف، مثاله الخوف من المدرسة، فالطفل يظهر خوفه من المدرسة حتى لا يذهب إلى المدرسة، والبقاء في البيت، وإذا كان الوالدان يكافئان الطفل على الجلوس في البيت الأمر الذي سيجعل الطفل يشعر أن الجلوس في البيت تجربة مستمرة وممتعة بالنسبة له وبالتالي يجعل الخوف مطيه له للسيطرة على الآخرين وقد يتحول هذا الخوف إلى عادة.

٣- الضعف الجسمي أو النفسي: عندما يكون الأطفال متعبين أو مرضى فإنهم سيميلون غالباً للجوء إلى الخوف خاصة إذا كانوا في حالة جسمية مرهقة وكانت فترة هذا المرض طويلة، إن هذه الحالة من المرض تقود إلى مشاعر مؤلمة وتكون المكيانزمات النفسية الوقائية عند الطفل لا تعمل بشكل مناسب، وبالتالي فإن الأطفال ذوي المفاهيم السالبة عن الذات والذين يعانون من ضعف جسدي يشعرون بأنهم غير قادرين على التكيف مع الخطر الحقيقي أو المتخيل.

٤- النقد والتوبيخ: إن النقد المتزايد ربما يقود الأطفال إلى الشعور بالخوف، يشعر الأطفال بأنهم لا يمكن أن يعملوا شيئاً بشكل صحيح، ويبررون ذلك بأنهم يتوقعون النقد ولذلك فإنهم يخافون، ولذا فإن التوبيخ المستمر على الأخطاء يقود إلى الخوف والقلق، وسوف يعم الطفل شعور عام بالخوف، وبالتالي فإن الأطفال الذين ينتقدون على نشاطاتهم وعلى تطفلهم ربما يصبحون خائفين أو خجولين.

٥- الاعتمادية والقوة: إن الصراحة والقسوة تنتج أطفالاً خائفين أو يخافون من السلطة، إنهم يخافون من المعلمين أو الشرطة، وإن توقعات الآباء الخيالية هي أيضاً من الأسباب القوية والمسئولة عن الخوف عند الأطفال، وعن فشلهم، حيث أن الآباء الذين يتوقعون من أطفالهم التمام في جميع الأعمال غالباً يتكون عند أطفالهم الخوف، ولا يستطيعون أن يلبوا حاجات الآباء، ويصبحون خائفين من القيام بأي تجربة أو محاولة خوفاً من الفشل.

٦- صراعات الأسرة: إن المعارك الطويلة الأمد بين الوالدين أو بين الأخوة أو بين الآباء والأطفال تخلق جواً متوتراً وتحفز مشاعر عدم الأمان، وبالتالي يشعر الأطفال بعدم المقدرة على التعامل مع مخاوف الطفولة حتى مجرد مناقشة المشاكل الاجتماعية أو المادية التي تخيف الأطفال.

طرق الوقاية:

- الإعداد للتكيف مع المشكلة: فمرحلة الطفولة هي أنسب المراحل لإعداد الأطفال للتكيف مع أي نوع من المشاكل الخاصة، ويجب أن يكون هناك من طرف الوالدين كم كبير من التفسيرات والتطمينات لأطفالهم.
- التعريض المبكر والتدريجي لمواقف مخيفة: وذلك حتى يعتاد الطفل على مواجهة مواقف مشابهة بعد ذلك تقع فجأة وسيساعد ذلك في منع حدوث مخاوف عميقة لدى الأطفال.
- التعبير والمشاركة في الاهتمامات: عندما يعيش الأطفال في جو هادئ حيث تناقش فيه المشاعر ويشارك فيها الأطفال يتعلم الأطفال بأن الاهتمامات والمخاوف شيء مقبول، ومن المناسب أن يتحدث في اهتمامات حقيقية أو مخاوف يخاف منها الأطفال ويعترف الكبار أن عندهم مخاوف من أشياء معينة وأن كل إنسان يخاف في وقت معين.
- الهدوء واللياقة والتفاؤل: إن عدم شعور الآباء بالراحة وشعورهم بالخوف يفزع الأطفال مباشرة ويعلمهم الخوف مثال ذلك الموت، فإن لم يستطع الآباء حل خوفهم الخاص بهم فإن الأطفال يتعلمون وبسرعة الخوف من الموت ويكون من الجيد أن يسمع الطفل عبارات تهدئ من روعه وتحثه أن يتمتع بوقته وأن يكون جاهزاً عندما يأتي الموت، وإفهامه أن الموت سيتعرض له الكل وهو شبيه بالولادة ومناقشة مفاهيم دينية بسيطة كوسائل لشرح الموت.

العلاج:

- إزالة الحساسية: إن الهدف هو مساعدة الأطفال الحساسين جداً والأطفال الخائفين، حتى يكونوا أقل حساسية وبطيئوا الاستجابة لمجالات حساسيتهم،

والقاعدة تقول أن الأطفال تقل حساسيتهم للخوف عندما يرتبط هذا الشيء المخيف مع أي شيء سار.

- مشاهدة النموذج: يمكن استعمال الأفلام للتقليل من مخاوف الطفل وتعويده على مشاهدة مواقف أكثر إخافة ويمكن أن يرى الطفل مواقف تحفزه على الشيء.
- التدريب: إن التدريب يمكن الأطفال أن يشعروا بالراحة عندما يكررون أو يعيدون مواقف مخيفة نوعاً ما.
- مكافأة الشجاعة: وذلك بامتداح كل خطوة شجاعة يقدم عليها الطفل وتقديم الجوائز له، وكون الطفل يتمكن من تحمل جزء من موقف يخيفه فيجب مكافأته عليه.
- التفكير بإيجابية والتحدث مع النفس: بأن يقال للطفل أن التفكير في أشياء مخيفة يجعلهم أكثر خوفاً، وأما التفكير بإيجابية فيعود بالشعور بالهدوء والسلوك بطريقة أشجع.
- إن معظم مخاوف الأطفال مكتسبة وفقاً لنظرية التعلم الشرطي أو التعلم بالاقتران والتقليد، فالخوف استجابة مشتقة من الألم، فطفل هذه المرحلة يتمتع بقدرة عجيبة على التوحد بين الوالدين في استجاباتهم الانفعالية المتصلة بالخوف وعليه يجب على الآباء مراعاة مخاوف أبنائهم ليساعدهم ذلك في تخطي العديد من مخاوفهم.

ثالثا: الخجل

تعريفه: الشعور بالقلق وعدم الارتياح في المواقف التي تتضمن مواجهة مجموعة من الناس، ويؤدي هذا القلق إلى الصمت أو الانسحاب من مواقف التفاعل الاجتماعي، كما يكون مصحوبا بالشعور بالحساسية بالذات وبالكف والتعاسة والانشغال بالذات وبالانطباعات التي يكونها الآخرون عن الفرد.

بينما يختلف ذلك عن الحياء: فالحياء هو التزام الفرد بمنهاج الفضيلة والآداب

العامة. فليس من الخجل في شيء أن يتعود الطفل منذ نشأته على الاستحياء من اقتراف المنكر، أو أن يتعود على توقير الكبير، وليس من الخجل في شيء أن يتعود منذ صغره على تنزيه اللسان بأن يخوض في أحد أو يكذب، وهذا المعنى من الحياء.

والطفل الخجول في المقابل هو طفل مسكين وبائس يعاني من عدم القدرة على الأخذ والعطاء مع أقرانه في المدرسة والمجتمع، وبذلك يشعر بالمقارنة مع غيره من الأطفال بالضعف. ويحمل في طياته نوعـا من ذم سلوكه؛ لأن الخجل بحد ذاته هو حالة عاطفية أو انفعالية معقدة تنطوي على شعور بالنقص والعيب، هذه الحالة لا تبعث الارتياح والاطمئنان في النفس.

كما يتعرض الطفل الخجول غالبـا لمتاعب كثيرة عند دخوله المدرسة تبدأ بالتأتأة وتردده في طرح الأسئلة داخل الفصل، وإقامة حوار من زملائه والمدرسين، وغالبـا ما يعيش منعزلاً ومنزويـا بعيداً عن رفاقه وألعابهم وتجاربهم.

ويشعر الطفل الخجول دومًا بالنقص، ويتسم سلوكه بالجمود والخمول في وسطه المدرسي والبيئي عمومـا، وبذلك ينمو محدود الخبرات غير قادر على التكيف السوي مع نفسه أو مع الآخرين، واعتلال صحته النفسية. والطفل الخجول قد يبدو أنانيـا في معظم تصرفاته؛ لأنه يسعى إلى فرض رغباته على من يعيشون معه وحوله، كما يبدو خجولاً حساسـا وعصبيـا ومتمردا لجذب الانتباه إليه، والطفل المصاب بالخجل يدق قلبه في أثناء النوم بسرعة أكبر من مثيله، ويخيفه كل جديد، ويدير وجهه أو يغمض عينيه، أو يغطي وجهه بكفيه إذا تحدق شخص غريب إليه.

إن الأطفال الخجولين دائما يتجنبون الآخرين وهم دائماً في خوف وعدم ثقة ومهزومين، مترددين يتجنبون المواقف وينكمشون من الألفة أو الاتصال بغيرهم، وهم يجدون صعوبة في الاشتراك مع الآخرين، وشعورهم المسيطر عليهم عدم الراحة والقلق، وهم دائماً متململون ويتهربون من المواقف الاجتماعية. والخوف من التقييم السالب عندهم غالباً ما يكون مصحوباً بالسلوك الاجتماعي غير المتكيف، وهم لا يشاركون في المدرسة، أو في المجتمع، ولكنهم ليسوا كذلك في البيت، والمشكلة تكون أخطر إن كان هؤلاء الأطفال خجولين في البيت أيضاً.

ويحدد الشناوي (١٩٩٢م) السلوكيات التالية كأبعاد للخجل:

١- الشعور بعدم الارتياح في المواقف الاجتماعية.

٢- سلوك التجنب (الهروب) من المواقف الاجتماعية.

٣- صعوبات في التعبير عن الذات في هذه المواقف.

ويمكن اختصار المظاهر السلوكية المصاحبة للخجل عند الأطفال بما يلي:

- احمرار الوجه عند مواجهة المواقف الاجتماعية، والاعتقاد بأن الاتصال الاجتماعي سوف ينتهي بخبرة سيئة علية.
- عدم القدرة علي التحكم والضبط.
- الرغبة في العزلة والابتعاد عن الآخرين.
- الإحساس بالدونية.
- الخوف من التقييم السلبي للذات من قبل الآخرين.
- عدم الثقة بالنفس ,وتدني مفهوم الذات.
- الاعتقاد بأن الاتصال الاجتماعي سوف ينتهي بخبرة سيئة عليه.
- تجنب التقاء العيون وعدم المبادرة.
- عدم البراعة في استخدام اللغة ومفرداتها وتوظيفها والافتقار إلى مهارات التفاعل الاجتماعي.
- الإحساس بالحرج والفشل عند ممارسة الأنشطة السلوكية المختلفة.
- الخيالات والأصدقاء الوهميين والانشغال بالذات.
- الهروب من المواقف الاجتماعية ,والعزوف عن المشاركة في الأنشطة الاجتماعية، وعادة فإن الطفل الخجول يكون تقديره لذاته منخفضا كما يعاني من انخفاض في السلوك التوكيدي.

التعرف على المشكلة:

١- الطالب نفسه.

٢- المدرسون خاصة الذين يدرسون مقررات فيها جانب لفظي مثل تلاوة القران والقراءة واللغات.

٣- ملاحظات المعلمة.

٤- عدم اشتراك الطالب في أنشطة.

٥- السجل الشامل في المقررات التي تشتمل على اختبارات شفهية من حيث انخفاض الدرجات.

أنواع الخجل:

١- الخجل الانطوائي: ويميل الطفل الخجول انطوائياً إلى العزلة مع القدرة على العمل بكفاءة ونجاح مع الجماعة إذا اضطر لذلك.

٢- الخجل العصابى ومن سمات الطفل الخجول عصابياً الشعور بالدونية، والحساسية الزائدة، وشدة الهلع والشعور بالوحدة النفسية والصراع النفسي.

٣- الخجل العام: ومن أهم المظاهر الدالة علية الحرج عند ممارسة المظاهر السلوكية العامة، ومن أثارة الفشل عند ممارسة الأنشطة خاصة الاجتماعية منها.

٤- الخجل الخاص: ومن سماته الشعور الذاتي بعدم الارتياح والاستثارة الداخلية مع زيادة في حدة القلق، والحساسية الزائدة، والخوف من التقييم السلبي.

أسباب الخجل: الخجل عند الأطفال له أسباب كثيرة أهمها:

- الوارثة: حيث تلعب الوارثة دوراً كبيرًا في شدة الخجل عند الأطفال، فالجينات الوراثية لها تأثير كبير على خجل الطفل من عدمه، فالخجل يولد مع الطفل منذ ولادته، وهذا ما أكدته التجارب لأن الجينات تنقل الصفات الوراثية من الوالدين إلى الجنين، والطفل الخجول غالبا ما يكون له أب يتمتع بصفة الخجل، وإن لم يكن الأب كذلك فقد يكون أحد أقارب الأب كالجد أو العم.
- مخاوف الأم الزائدة: أيّ أم تحب طفلها باعتباره أثمن ما لديها؛ لذا تشعر الأم بأن عليها أن تحميه من أي أذى أو ضرر قد يصيبه، ولكن الحماية الزائدة عن الحد تجعلها تشعر بأن طفلها سيتعرض للأذى في كل لحظة، ومن دون قصد تملأ نفس الطفل بأن هناك مئات من الأشياء غير المرئية في المجتمع تشكل خطرًا عليه، ومن ثم يشعر الطفل بالخوف، ويرى أن المكان الوحيد الذي

يمكن أن يشعر فيه بالأمان والاطمئنان، وهو إلى جوار أمه، ومثل هذا الطفل يشعر بالخوف دائمًا ولا يستطيع أن يعبر الطريق وحده، أو يستمتع بالجري أو اللعب أو السباحة في البحر؛ لأنه يتوقع في كل لحظة أن يصاب بأذى، ويظل منطويا خجولا بعيدا عن محاولة فعل أي شيء خوفا من إصابته بأي أذى.

- مركب النقص وخجل الأطفال: يعاني بعض الأطفال من مشاعر النقص نتيجة نواقص جسمية أو عاهات بارزة، وهذه النواقص والعاهات تساعد على أن ينشأ هؤلاء الأطفال خجولين وميالين للعزلة، ومن هذه النواقص والعاهات البارزة ضعف البصر، وشلل الأطفال، وضعف السمع، واللجلجة في الكلام، أو السمنة المفرطة، أو قصر القامة المفرط... إلخ، وقد يعاني بعض الأطفال من الخجل نتيجة مشاعر النقص الناتجة عن أسباب مادية، كأن تكون ملابسه رثة وقذرة لفقره، أو ضعف جسمه الناتج عن سوء التغذية، أو قلة مصروفه اليومي، أو نقص أدواته المدرسية وكتبه.

- التدليل المفرط من جانب الوالدين للطفل: فالتدليل المفرط من جانب الوالدين لطفلهما يعد من أهم أسباب خجل الطفل الشديد، ومن مظاهر هذا التدليل المفرط عدم سماح الأم لطفلها بأن يقوم بالأعمال التي أصبح قادرًا عليها اعتقادًا منها أن هذه المعاملة من قبيل الشفقة والرحمة للطفل، ومن مظاهر التدليل المفرط عدم محاسبة الأم لولدها حينما يفسد أثاث المنزل، أو عندما يتسلق المنضدة، أو عندما يسود الجدار بقلمه. وتزداد مظاهر التدليل المفرط في نفس الأبوين عندما يرزقان بالطفل بعد سنوات كثيرة، أو أن تكون الأم قد أنجبت الطفل بعد إجهاض مستمر، أو أن يأتي الطفل بعد إنجاب الأم لعدة إناث، فالمعاملة المتميزة والدلال المفرط للطفل من جانب والديه إذا لم يقابلها نفس المعاملة خارج المنزل سواء في الشارع أو الحي، أو النادي، أو المدرسة غالبا ما تؤدي لشعور الطفل بالخجل الشديد، خاصة إذا قوبلت رغباته بالصد، وإذا عوقب على تصرفاته بالتأنيب والعقاب والتوبيخ.

- الشعور بعدم الأمن: والذين يشعرون بقلة الأمن من الأطفال لا يستطيعون

المغامرة، لأن الثقة تنقصهم، وكذلك الاعتماد على النفس، وهم مغمورون مسبقاً بعد الشعور بالأمن وبالابتعاد عن المربكات، فلا يعرفون ما يدور حولهم بسبب موقفهم الخائف، ولا يمارسون المهارات الاجتماعية

- عدم الاهتمام والإهمال: يظهر بعض الآباء قلة اهتمام بأطفالهم فيشعر هذا النقص العام الأطفال بالدونية والنقص، ويشجع على وجود الاعتمادية عندهم، إن عدم الاهتمام بالأطفال يولد شخصية خائفة خجولة، ويشعرون حينئذ أنهم غير جديرين بالاهتمام.
- النقد: إن نقد الآباء لأبنائهم علانية يساعد على تشجيع الخوف في نفوسهم, لأنهم يتلقون إشارات سالبة من الراشدين، فيصبحون غير متأكدين وخجولين، وبعض الآباء يعتقد أن النقد هو الأسلوب الأمثل لتربية الأبناء، لكن النتيجة للنقد المتزايد هي طفل خجول.
- المضايقة: فالأطفال الذين يتعرضون للمضايقة والسخرية ينطوون على أنفسهم، وأصحاب الحساسية المفرطة تجاه النقد يرتبكون ويخجلون لو تعرضوا لسوء معاملة من إخوانهم الأكبر سناً، والشيء الأكبر خطورة هو نقد الطفل لمحاولته الاتصال بالعالم الخارجي.
- عدم الثبات: فأسلوب التناقض وعدم الثبات في معاملة الطفل وتربيته يساعد على الخجل، فقد يكون الوالدان حازمين جداً أحياناً، وقد يكونان متساهلين في أوقات أخرى والنتيجة يصبح الأطفال غير آمنين وفي هذه اللحظة يصيبهم الخجل في البيت والمدرسة.
- التهديد: وعندما يهدد الآباء الأطفال، وينفذون تهديداتهم أحياناً، ولا ينفذونها أحيانا أخرى، يصبح لدى الأطفال رد فعل على التهديدات المستمرة بالخجل كوسيلة لتجنب إمكانية حدوث هذه التهديدات.
- أن يلقب بالخجل: حتى لا يتقبلها الطفل كصفة لازمة له ويحاول أن يبرهن أنه كذلك، بحيث يصير التحدث السلبي مع النفس شيئاً مألوفاً.
- المزاج والإعاقة الجسدية: هناك أطفال يبدون خجولين منذ ولادتهم، وبذلك يكون الخجل وراثياً، كما أن بعض الأطفال يكونون مزعجين والآخرين

هادئين، وهذا النمط قد يستمر سنين من حياته، والإعاقات الجسدية غالباً تسبب الخجل ومنها ما له علاقة بصعوبات التعلم أو مشاكل اللغة التي تؤدي إلى انسحاب الطفل اجتماعياً.

- النموذج الأبوي: والآباء الخجولون غالباً يكون لديهم أطفال خجولين، فيرغب الطفل أن يعيش أسلوب حياة الخجل كما يرى والديه، واتصالاتهم بالمجتمع قليلة جداً.
- ومن العوامل النفسية والاجتماعية الأخرى: عدم النضج الانفعالي، الخصائص المزاجية ومنها الخجل والهروب من المواقف غير المألوفة، ضغوط الحياة الخارجية مثل موت أحد الوالدين أو مرض الطفل، مروره بخبرات انفصال ارتبطت بالمخاوف مثل الخوف من الهلاك والخوف من فقدان آلام والخوف من النزاعات الأسرية،

للوقاية من حدوث الخجل:

- التشجيع والمكافأة: إن زيارة الناس الذين عندهم أطفال في العمر نفسه شيء مفيد ونافع، وإن كان الطفل خجولاً فمن المفيد أن يذهب رحلات مع أطفال متفتحين، ويجب على الأبوين أن يشجعا طلفهما أن يكون اجتماعياً.
- تشجيع الثقة بالنفس: يجب أن نشجع الأطفال وأن نمدحهم إن كانوا واثقين بأنفسهم، وذلك عندما يتصرفون بطريقة طبيعية ومع ذلك يجب أن يتعلموا انه ليس من الضروري أن ينسجموا مع كل شخص، كما أنه لا يجب أن تقدم حماية زائدة للطفل.
- تشجيع السيادة ومهارات النمو: يحب أن يقدم التدريب المبكر بشكل فردي للأطفال وعلى شكل مجموعات يستطيعون من خلالها إشباع ميولهم وتجعلهم يتفاعلون مع الآخرين.
- قدم جواً دافئاً ومتقبلاً: فالحب والانتباه لا يفسدان الأطفال كما يجب أن نستمع إليهم، وأن نسمح لهم بقول: لا، وأن نحترم استقلاليتهم.
- ابتسم للطفل.

• اسمح للطفل بأن يقول لا واجعله يعيش خبرة الاهتمام الايجابي غير المشروط.

ولعلاج الخجل:

• إضعاف الحساسية للخجل: فباستطاعة الأطفال أن يتعلموا أن المواقف الاجتماعية لا يلزم بالضرورة أن تكون مخيفة، يمكن أن يهدأهم الوالدان عند المواقف فبذلك يصبحوا اجتماعيين أكثرَ تدريجياً، ولهم أن يتخيلوا كيف يقومون بسلوك اجتماعي كانوا يخافونه في السابق ثم دمجهم في مواقف حقيقة، وبالتالي سيقل خجلهم.

• تشجيع توكيد الذات: فيجب أن يسألوا بصراحة عما يريدون وكيف يمكن لهم التغلب على خوفهم وارتباكهم من اجل التعبير عن أنفسهم.

• تدريب الطفل على المهارات الاجتماعية: وذلك عندما يشترك الأطفال في تدريبات جماعية، فإن بعض المحادثات والتفاعلات تحدث بالطبع، ولا بد من وجود قائد للمجموعة، وبهذا يمكن للطفل أن يعبر عن رأيه أمام الآخرين، ويمكن تقسيم التدريب الاجتماعي إلى الخطوات التالية:

أ - التعليم

ب - التغذية الراجعة

ج - التدريب السلوكي

د - التمثيل ولعب الدور

• تشجيع التحدث الإيجابي مع النفس: فإن أحد المظاهر المدمرة للطفل أن يعتقد في ذاته وشخصيته الخجل، ويؤكد لنفسه أنه خجول ولا يستطيع الاتصال بالآخرين، لذا يجب أن نعلم الأطفال بأن الخجل هو سلوك يقوم به الأطفال والناس وهو ليس مرتبطا بهم، وأنه يمكن مقاومته بالتدرب على سلوكيات جديدة، تؤدي إلى إمكانية زيادة الاتجاهات الإيجابية وتحسين الاتصال مع الآخرين.

• أشرك الطفل في مجموعات اللعب.

رابعاً: الغضب

هو استجابة تدل على العداء والتوتر يثيرها الإحباط والتهديد وعدم العدالة ونقص الإنصاف أو التمييز، وتتضمن استجابة الغضب إثارة في الجهاز العصبي المستقل مثل زيادة في ضغط الدم والعرق والتنفس ونبضات القلب وإفراز السكر في الدم.

وقد أورد الباحثون عدة تعريفات للغضب تحمل معان متقاربة منها:

- يعّرف الغضب بأنه انفعال يصدر عن الفرد حين التعرض إلي مواقف أو أحداث معينة، يتعرض فيها لأهانه أو ألم من شأنه أن يحط من قدره، له ردود فعل فسيولوجية وأخرى جسمية، ولانفعال الغضب صفة الشدة، والتكرار، ويتفاوت في مدى استمراريته من شخص إلى آخر(النيال، ١٩٩٧).
- ويعرّف بأنه استجابة انفعالية تثيرها أهانه أو تهديد أو تدخل في شؤون المرء، تتميز بردود فعل ملحوظة من جانب الجهاز العصبي السمبتاوي (دسوقى، ١٩٩٠).
- ويعرف على أنه استجابة تدل علي التوتر والعداء، يثيرها الإحباط والقيد والتهديد والملاحظات المحقرة وعدم العدالة، ونقص الإنصاف أو التمييز. وتتضمن مشاعر الغضب استجابة قوية من الجهاز العصبي المستقل مثل: زيادة في ضغط الدم، والتنفس ونبضات القلب، وإفراز السكر بالدم، وجميع هذه الاستجابات تهيئ الكائن الحي للحراك (عبد المعطي، ٢٠٠١، ٤٦٥).

مسار النوبات:

أولا: في مرحلة المهد تكون استجابة الغضب مباشرة وبدائية وحتى عمر ١٥ شهرا يعبر الطفل عن الغضب بالصراخ والبكاء، ١٨ شهرا يبدأ برمي الأشياء، في العامين يثور عندما يتم غسل وجهه أو أثناء الاستحمام.

ثانيا: الطفولة المبكرة ويمتاز الغضب هنا بأنه غير محدد يمتاز بالعمومية والعشوائية، كذلك يمتاز بأنه متذبذب وسريع الزوال، كذلك يكون

لأسباب بدائية مثل التدخل في شؤونه أو انتقاده، وتظهر مظاهر حركية للتعبير عن الغضب مثل السب والبكاء والعض وهي طبيعية.

ثالثا: في سن المدرسة يصبح الغضب موجها نحو شيء أو شخص معين، وفي السابعة يقل التعبير الحركي عن الغضب، بعد الثامنة يقل العدوان الجسمي ويحل مكانه الجدال اللفظي.

رابعا: في مرحلة المراهقة يأخذ الغضب شكلا اجتماعيا والمراهق لا يغضب مباشرة ولكن يستمر غضبه مدة أطول ومرات حدوث الغضب تكون اقل أي أن نوبات الغضب أكثر شيوعا في المهد والطفولة المبكرة وبعدها يتعلم الطفل ضبط رغباته بالتدريج.

أشكال الغضب:

١- الغضب بأسلوب ايجابي (Positive) ويظهر فيه الصراخ أو الرفس أو الضرب أو كسر الأشياء أو إتلافها من جانب الطفل حيث يظهر لدى الأطفال الأكثر انبساطية Extraversion في أوقاتهم العادية، فيتميزون بالميل إلى الابتهاج بوجودهم مع الآخرين ومشاركتهم ألعابهم أو أنشطتهم.

٢- الغضب بأسلوب سلبي (Negative) وتبدو مظاهر الغضب هنا في صورة انسحاب وانطواء، مع كبت للمشاعر والانفعالات والانزواء، فربما اضرب الطفل عن الطعام أو الأخذ والعطاء أو اتخذ الصمت رفيقاً وينعكس هذا الشكل من أطفال أكثر انطوائية Introversion وهذا الشكل ظاهرة الهدوء وباطنه الكبت والانخراط في أحلام اليقظة.

أسباب الغضب:

- الفشل والإحباط مثلا يغضب عندما تغلق الأبواب في وجهه، أو لعدم اشتراكه في الجماعة باللعب.
- استبداد الوالدين: مثلا يحرم الأب ابنه من شيء اعتاد عليه، أو يتجاوز الضبط المفروض الحد وفي فترة مبكرة، أو تدخل الوالدين في شؤونه لتقييد حريته

وقد يحول الطفل غضبه بعيدا عن السلطة لعدم المقدرة عليها ويتجه لأمور أخرى مثل قطته أو للخادمة.

- التدليل والحماية الزائدة: تجعل الطفل يعتاد أن تستجيب له البيئة دائما بإجابة رغباته حتى عندما يكبر وهذا التدليل لا يعلمه ضبط انفعالاته أو المسؤولية.
- الإهمال: ويظهر من خلال حرمان الطفل من انتباه الكبار واهتماماتهم به وحرمانهم له من الحب والعطف والحنان.
- توتر الجو العائلي: لوجود خلافات بين الأسرة وشجار بين الأبوين وبالتالي الطفل لا يثق بمن حوله.
- عصبية الآباء واقتداء الأبناء بهم.
- تعدد السلطات الضابطة لسلوك الطفل وتشمل الأجداد والأعمام أو الأخوال أو الأب والأم معا.
- اتخاذ الطفل الغضب منهجا لإجابة مطالبه فإذا حملت الأم الطفل كلما بكى اعتاد على هذا الأسلوب.
- الصراع النفسي الحاد أي وجود نزعتين متناقضتين لدى الطفل الأسرة والمدرسة مثلاً.
- الحرمان: فالطفل المحروم مثلاً من اهتمام الكبار وعطفهم أو من الطعام أو الحلويات التي يريدها يتألم ويغضب لذلك كما أن فقدان الطفل للعبه التي يحبها أو تلفها أو كسرها أو إعطائها لطفل آخر دون موافقة أو غصباً عنه، قد يؤدي إلى إثارة غضب الطفل.
- القصور: إن تكليف الطفل بأداء أعمال فوق إمكاناته ولومه عند التقصير، يعرضه للإحباط نتيجة تكليفه بما لا يستطيع، كتنفيذ الأوامر بسرعة.
- التفرقة والتمييز: فعندما يلاحظ الطفل مثلا أن أبوية يهتمان بطفل آخر في البيت أكثر منه، ويميزانه عنه في الرعاية والمعاملة، يشعر بالغبن والظلم ويضمر له الحقد، ويغضب علية وعلى كل من يهتم به.
- كثرة الأوامر والنواهي: من أسباب الغضب أيضا كثرة استخدام أساليب المنع

والتحريم والنواهي، والتدخل في أوقات كثيرة في حرية الطفل ونشاطه، مع إلزامه بمعايير سلوكية لا تتفق مع عمرة.

- النموذج الغاضب: أن مشاهدة النموذج الغاضب، مثل الآباء والمعلمين أو الأفلام، قد يعلم الطفل هذا السلوك أو يدعمه.
- شعور الطفل بالإخفاق: كالتأخير الدراسي أو عدم الفهم مثل بقية الزملاء.
- الغضب من الذات: فإذا حاول الطفل أن يأكل شيئاً من الطعام ولم يستطيع بسبب مرض أو عجز عن نقل شيء ما من مكان إلى آخر، يفرغ جام غضبة على والدية، ضناً منه أنهما السبب في ذلك، لضيق افقه الفكري.
- المرض: في بعض الحالات، يكون المرض والنقاهة سببين لإثارة الغضب فمن وجهه، تؤدي الأمراض الناشئة عن اضطراب الإفرازات الغدّية الداخلية والالتهابات وغيرها إلى حصول انفعالات نفسية لدية ومن وجهه أخرى، يفقد الطفل في مرحلة النقاهة الاتزان والقدرة على تحمل ما يواجهه من مشاكل، ولهذا يكون سريع الاشتعال والغضب (عبد المعطي، ٢٠٠١).

علاج الغضب:

الغضب مثل البخار المضغوط في إناء محكم إذا لم يجد منفذاً لخروجه فانه يصيب الفرد بمرض أو أكثر من تلك المجموعة المسماة بالأمراض النفس الجسمية مثل قرحة المعدة وارتفاع ضغط الدم والذبحة الصدرية والقولون العصبي والصداع العصبي المزمن.. الخ، ويعبر البعض عن ذلك بأن الغضب إذا لم يخرج فسوف يستقر في أحشائك، فلا بد من الوقاية من حدوثه، وإن حدث فلا بد من علاجه، وفيما يلي بعضا من الطرق التي يمكن أن تساعد في ذلك:

١- التجاهل Ignoring من الأنسب في بعض الأحيان الابتعاد عن الطفل وعدم مشاهدته أو مشاركته في ثوراته الانفعالية، حيث يمكن الذهاب إلى غرفة النوم ورفع صوت الراديو عالياً جداً، أو الانسحاب إلى الحمام وعدم الخروج منه إلا بعد أن تهدأ نوبة الغضب وهذا التصرف سيقلل تدريجياً من ظهور النوبات إذا كان الهدف منها هو لفت انتباه الوالدين أو دفعهم إلى

الاستسلام. أما إذا كان من المحتمل أن يقوم الطفل بتحطيم الأشياء أو بإيذاء شخص ما أ ثناء نوبة الغضب فانه يجب اخذ هذا الطفل إلى غرفة آمنه وعزله فيها لفترة القيام بتجاهل نوبة الغضب.

٢- التعبير المناسب عن الغضب (Correct Expression) على الآباء والأطفال أن يكونوا قادرين على تقبل مشاعر الغضب لديهم وعلى التعبير عنها بكلمات ويجب أن يتم هذا بطريقة مؤكدة للذات (دفاع المرء عن حقوقه) بدلا من الطريقة العدائية (محاولة إيذاء الآخر أو الانتقاص من قيمته) فيعبر كلاهما عن انزعاجه بكلمات مناسبة.

وعندما يكون الطفل عاجزا عن الكلام بسبب غضبة الشديد، يمكن تشجيعه على تفريغ غضبة عضلياً عن طريق نشاطات جسدية كالركض حول الحي، أو رمي الأشياء على الهدف، أو رسم وجه حقير أو تشكيل معجون أو الرقص على أنغام بعض التسجيلات أو ضرب كيس الملاكمة أو الوسائد.

٣- البديل (substitute) إذا كان الطفل غاضباً بسبب حرمانه أو فقدانه لشيء يحبه، يمكن التعامل معه بالاستفادة من فكرة البديل فالطفل الذي يغضب مثلاً بسبب تحطم لعبته، بالإمكان إخماد غضبة بإعطائه شياً آخر بديلاً عنها وفكرة البديل هذه مجدية أكثر في السنوات الأولى من عمر الطفل.

٤- الإلهاء (Diversion) ويمكن التعامل أحياناً مع غضب الطفل بطريقة أخرى، وهي القيام بحركة أو لعبة يحبها وترغيبه في الاشتراك فيها ومما لاشك فيه انه سينزعج كثيرا في بداية الأمر ويمتنع عن الاشتراك لكنه سيقع بعد لحظات تحت تأثير جاذبيتها وينسى أصل القضية التي غضب بسببها.

٥- إمساك الطفل (Holding) ينبغي إلا ينظر إلى هذا الأسلوب كعقاب، وإنما كوسيلة لقول لا ولمنع الطفل من إيذاء نفسه أو الآخرين أو تدمير الأشياء حيث يتم نقل الطفل بسرعة إلى مكان مريح ويمسك من الخلف ويطمئن بصوت هادئ منخفض ودون تهديده وعندما يهدأ يمكن أن يقدم له كأس ماء ويمسح وجهه بقطعه قماش رطبة، وفيما بعد يمكن مناقشته فيما حدث مع تطمينه بمحبتنا له وثقتنا بقدرته على التغلب على هذه المشكلة في المستقبل.

٦- تغيير الحالة أو الجو (Condition Change) أي أن يقف أن كان جالسا أو العكس، ويغير مذاقه بتناول قطعه من الحلو مثلاً أو يغير ثيابه أو يرتديها وكذلك يمكن أخذه من عرفة إلى أخرى أو ساحة الدار أو الشارع آو الحديقة ويمكن الإفادة أيضاً من غسل الوجه واليدين.

٧- زيادة الإشراف (supervision) يبدو أن الأطفال الصغار جدا بحاجة إلى اشتراك اكبر من قبل الراشدين في اهتماماتهم فالطفل الذي ينزعج بسرعة يتوقف أحيانا بسهولة عندما يتحرك نحوه احد الراشدين ويبدي اهتمامه بنشاط الطفل أو يقوم باحتضانه.

٨- الثواب والعقاب (rewards& penalties) يمكن إعطاء الطفل حافزاً ايجابياً للسلوك الذي يخلو من نوبات الغضب، فمثلاً تعلق له نجمة عن كل نصف يوم يمر دون نوبة ويكافأ عندما يحصل على أربعه نجوم متتالية، ثم يزاد العدد تدريجياً وكذلك يجب امتداح الطفل لسلوكه الجيد ولتعامله مع الإحباط دون انزعاج، كما يمكن اللجوء إلى أسلوب العقاب، يفرض عزل على الطفل لمدة ٥-١٠ دقائق في غرفة خاصة كلما غضب، فإذا بقى منزعجاً في نهاية هذه المادة يتلقى فترة عزل إضافية.

٩- التنبيه (warning) أن تحذير الطفل أن حالته غير طبيعية من شانه أن يكون مؤثراً بحد ذاته ودفعه إلى الالتفات إلى نفسه على الجانب المعني فقط، وتجنب الأبعاد الأخرى من شخصيته.

١٠- الهدوء فلا يغضب الآباء حتى لا يزيد الطفل توترا وان يكونوا نموذجا للطفل في الهدوء.

١١- الوقوف على أسباب الغضب إما بسبب الاحتجاج اللاشعوري ضد ما يعوق الطفل من رغباته، أو بسبب أن النوبة قد أصبحت عادة، أو مصحوبة بمرض بدني أو عاهة جسمية أو نتيجة لنشاط زائد، أو نتيجة شعور الطفل بمشاعر النقص والدونية والكبت والإحباط.

١٢- الدعابة: الابتسامة والضحك.

١٣- مساعدة الطفل على ضبط النفس وتهذيب السلوك عن طريق غرس بذور المحبة وعدم الانتقام أو الثأر من الطفل .

١٤- تعويد الطفل تحمل الإحباط وهنا يجب عدم توفير مطالب الطفل جميعها وتعويده الانتظار .

١٥- المعاملة المتوازنة للطفل من قبل الوالدين.

١٦- عدم الوقوف أمام رغبات الطفل بتكليفه ما لا يطيق.

١٧- شغل أوقات الفراغ للطفل.

خامساً: الغيرة Jealousy

مفهوم الغيرة:

الغيرة حالة انفعالية يشعر بها الفرد في صورة غيظ من نفسه أو المحيطين به أو أحدهم ،وهي انفعال مركب من حب تملك وشعور بالغضب بسبب وجود عائق متصور وقف دون تحقيق غاية مهمة.

كما تعرف بأنها: الإحساس بالقصور والحقد وسوء التوافق الاجتماعي والصراع بين الطفل ومجتمعه ويظهر ذلك على شكل عدوان على الآخرين أو إهمالهم ويعبر عن الغيرة في شكل ارتداد على الذات فيؤذي من خلالها الطفل نفسه عن طريق البول أو مص الأصبع أو الغضب، وتظهر الغيرة في صورة سلوك سلبي كالميل إلى الصمت والتجهم والانزواء بعيدا ورفض تناول الطعام وضعف الشهية وقلة الأكل والتظاهر بالمرض، كما قد تظهر من خلال النكوص بان يعود الطفل إلى مرحلة كان فيها سعيدا كأن يعود إلى طلب الرضاعة أو يطلب من أمه إطعامه.

إن الشعور بالغيرة مرتبط بنمو المشاعر والعلاقات، ومما لاشك فيه أن الطفل يبني علاقته الحقيقية الأولى مع الأم ويبدأ بالارتباط العاطفي والحسي معها منذ الأيام الأولى لولادته. والطفل يعتبر الأم أثمن ما لديه من أشياء وعلاقته بها

هي الدعامة الأساسية لنموه النفسي، ولهذا فهو شديد الحرص عليها ولا يطيق فكرة فقدانها أو ابتعادها، ويتتابه قلق لفراقها، ويشعر بالغيظ عندما ينافسه احد في الاستحواذ عليها أو علي عواطفها. أن الإحساس بتملك الأم هو الذي يُظهر شعور الغيرة لدى الأطفال.

والغيرة أحد المشاعر الطبيعية الموجودة عند الإنسان كالحب... ويجب أن تقبلها الأسرة كحقيقة واقعة ولا تسمح في الوقت نفسه بنموها... فالقليل من الغيرة يفيد الإنسان، فهي حافز على التفوق، ولكن الكثير منها يفسد الحياة، ويصيب الشخصية بضرر بالغ، وما السلوك العدائي والأنانية والارتباك والانزواء إلا أثر من آثار الغيرة على سلوك الأطفال. ولا يخلو تصرف طفل من إظهار الغيرة بين الحين والحين.... وهذا لا يسبب إشكالا إذا فهمنا الموقف وعالجناه علاجاً سليماً. أما إذا أصبحت الغيرة عادة من عادات السلوك وتظهر بصورة مستمرة لدى الطفل تصبح مشكلة، ولاسيما حين يكون التعبير عنها بطرق متعددة والغيرة من أهم العوامل التي تؤدى إلى ضعف ثقة الطفل بنفسه، أو إلى نزوعه للعدوان والتخريب والغضب.

والغيرة شعور مؤلم يظهر في حالات كثيرة مثل ميلاد طفل جديد للأسرة، أو شعور الطفل بخيبة أمل في الحصول على رغباته، ونجاح طفل آخر في الحصول على تلك الرغبات، أو الشعور بالنقص الناتج عن الإخفاق والفشل. والواقع أن انفعال الغيرة انفعال مركب، يجمع بين حب التملك والشعور بالغضب، وقد يصاحب الشعور بالغيرة إحساس الشخص بالغضب من نفسه ومن إخوانه الذين تمكنوا من تحقيق مآربهم التي لم يستطع هو تحقيقها. وقد يصحب الغيرة كثير من مظاهر أخرى كالثورة أو التشهير أو المضايقة أو التخريب أو العناد والعصيان، وقد يصاحبها مظاهر تشبه تلك التي تصحب انفعال الغضب في حالة كبته، كاللامبالاة أو الشعور بالخجل، أو شدة الحساسية أو الإحساس بالعجز، أو فقد الشهية أو فقد الرغبة في الكلام. وتعتبر الغيرة العامل المشترك في الكثير من المشاكل النفسية عند الأطفال ويقصد بذلك الغيرة المرضية التي تكون مدمرة للطفل والتي قد تكون سبباً في إحباطه وتعرضه للكثير من المشاكل النفسية.

الغيرة والحسد:

ومع أن هاتين الكلمتين تستخدمان غالبا بصورة متبادلة، فهما لا تعنيان الشيء نفسه على الإطلاق، فالحسد هو أمر بسيط يميل نسبياً إلى التطلع إلى الخارج، يتمنى فيه المرء أن يمتلك ما يملكه غيره، فقد يحسد الطفل صديقه على دراجته وتحسد الفتاة المراهقة صديقتها على طلعتها البهية. فالغيرة هي ليست الرغبة في الحصول على شيء يملكه الشخص الأخر، بل هي أن ينتاب المرء القلق بسبب عدم حصوله على شيء ما. . . فإذا كان ذلك الطفل يغار من صديقه الذي يملك الدراجة، فذلك لا يعود فقط إلى كونه يريد دراجة كتلك لنفسه بل وإلى شعوره بأن تلك الدراجة توفر الحب. . . رمزاً لنوع من الحب والطمأنينة اللذين يتمتع بهما الطفل الأخر بينما هو محروم منهما، وإذا كانت تلك الفتاة تغار من صديقتها تلك ذات الطلعة البهية فيعود ذلك إلى أن قوام هذه الصديقة يمثل الشعور بالسعادة والقبول الذاتي اللذين يتمتع بهما المراهق والتي حرمت منهما تلك الفتاة.

تدور الغيرة إذا حول عدم القدرة على أن نمنح الآخرين حبنا ويحبنا الآخرون بما فيه الكفاية، وبالتالي فهي تدور حول الشعور بعدم الطمأنينة والقلق تجاه العلاقة القائمة مع الأشخاص الذين يهمنا أمرهم. إن قمة الشعور بالغيرة تحدث فيما بين ٣ - ٤سنوات، وتكثر نسبتها بين البنات عنها بين البنين.

مظاهر الغيرة:

- الغضب: ويظهر على شكل شتائم ومضايقات وتدمير وتخريب وعصيان نتيجة الشعور بالإحباط.
- الميل إلى الصمت: ويبدو على شكل انطواء وخجل وسلبية ,وفقدان الشهية للطعام، والنكوص.
- مظاهر نفسية: كالحزن، واليأس، والبكاء المتكرر، ومص الأصبع، وقضم الأظافر، والعودة إلى لغة الصغار محاولة لكسب عطف الآخرين.



أشكال الغيرة:

- غيرة منشأها عقدة أوديب. وأشد مشاعر الغيرة هي تلك التي يعيشها الطفل تجاه الأب نفسه في المرحلة الاوديبية في فئة العمر من ٣- ٦ سنوات تقريباً؛ حيث يتجه الطفل الذكر بحبه الشديد تجاه الأم وبمشاعر الغيرة تجاه الأب، بينما تحب الطفلة الأنثى أباها وتكره أمها مع الشعور بالذنب نتيجة لذلك. ثم يبدأ الطفل عملية توّحد مع الوالدين من نفس الجنس (توحد الشخص مع موضع الغيرة)، ومن هنا تبدأ عملية التنميط الجنسي، وفيها تتحدد الهوية السيكولوجية.
- غيرة الأخوة.
- أن أغلب الأطفال لديهم شعور بالغيرة من الأخ الذي يولد حديثا، وذلك لاعتقادهم أنه سلبهم مركزهم المميز ونقلهم من محور الاهتمام والاستقطاب إلى المركز الثاني، أو إلى زاوية الإهمال والنسيان. وأكثر من يتأثر بالغيرة هو الطفل البكر عند ولادة طفل آخر؛ وقد يغار الولد الأصغر من أخيه الكبير أحياناً، لما قد يتمتع به من امتيازات جسدية كالقوة والجمال، أو معنوية كالمعاملة المميزة التي قد يعامله بها الوالدان. وأساس الغيرة من الأخوة خوف الأطفال من فقدان محبة والديهما أو أحدهما؛ ومن المنطقي أن يحاول الطفل الغيور وبصورة لا شعورية إزالة منافسة إما بالاعتداء علية، أو بالاستهزاء منه، أو بمحاولة تحقيره، أو بالمشاجرات، وأحياناً بالحقد علية، أو بتفريغ الغيرة بصورة رمزية بالانقضاض على لعبه وتحطيمها، أو رسم المنافس بطريقة يكون فيها مهملا ومهانا ومقتولا.

أسباب الغيرة:

- ميلاد طفل جديد للأسرة: وهذا يجعل الوالدين يحولان انتباههما من الطفل الأول إلى الثاني، مما يؤدي بالطفل الأول إلى الغيرة من الطفل الجديد، وقد يلجأ للاعتداء علية.
- الغيرة من أحد الوالدين: كما هو في عقدة أوديب، وعقدة الكترا. فقد يشعر الطفل بالقلق على نفسه وفقدان حب أمه ورعايتها له إذا ما شاهدها تظهر عناية زائدة بالأب، أو شاهد ما يدور بينهما من علاقات.

- التميز في المعاملة: التمييز بين الأخوة بمحاولة إبراز الفروق بينهم، أو تفضيل الذكور علي الإناث، أو إغداق الآباء علي الطفل العليل الامتيازات الأمر الذي يجعل أخوته يميلون إلى التمارض والنكوص وكراهيته.

- سوء معاملة الوالدين للطفل وقسوتهما علية: كالضرب والإذلال والتحقير، مما يؤدي إلي الشعور بالنقص والعجز وعدم القدرة على إثبات الذات كأخوته الذين لا ينالون المعاملة نفسها.

- الفشل أو التقصير في الدراسة: وهنا يّعبر الطفل عن غيرته بإلصاق التهم بالأطفال الناجحين، وإذاعة الشائعات عنهم، ليقلل من شأنهم أمام الآخرين.

- الشعور بالنقص: كنقص الجمال أو القدرات الجسمية أو الحسية والعقلية، أو نقص الممتلكات من ألعاب وثياب ؛مما يجعلهم ضعيفي الثقة بأنفسهم نتيجة الشعور بالنقص وهذا النوع هو اشد أنواع الغيرة عند الصغار والكبار.

- الغيرة عند الطفل الوحيد: أن الشعور بالغيرة عند الطفل الوحيد عند خروجه للمدرسة أو الحياة أقسي وأشد من الغيرة التي يشعر بها في إطار أسرته، حيث تنعدم لديه الامتيازات الخاصة التي كان يستأثر بها أثناء طفولته من والديه. وهذا عائد لكونه محاطاً بكل ضروب العناية والاهتمام، ويكون في الغالب أنانياً متعوداً على الأخذ دون العطاء. فإذا خرج ليلعب مع رفاقه، فانه يصطدم معهم لأنهم لا يسمحون له بأن يأخذ كل شيء دون أن يعطي، ولا يسمحون له بالاعتداء دون أن يُعتدى عليه؛ مما يجعله يصطدم بالواقع ويشعر بأن الناس يعادونه ويتآمرون عليه.

- الغيرة لأسباب اقتصادية: تتباين المستويات الاقتصادية بين الأسر فبعضها يكون مستواها الاقتصادي مرتفعاً وبعضها الآخر منخفضاً فتؤثر على تلبية رغبات الأبناء وامتلاك ما يطمحون إليه من العاب وحاجيات.

- عدم قدرة الطفل علي استيعاب الخبرات التي تقدم له بالروضة، بينما يري غيره من الأطفال يتفوقون عليه في ذلك.

ولعلاج الغيرة أو للوقاية من آثارها السلبية يجب عمل الآتي:

- التعرف على الأسباب وعلاجها.
- إشعار الطفل بقيمته ومكانته في الأسرة والمدرسة وبين الزملاء.
- تعويد الطفل على أن يشاركه غيره في حب الآخرين.
- تعليم الطفل على أن الحياة أخذ وعطاء منذ الصغر وأنه يجب على الإنسان أن يحترم حقوق الآخرين.
- تعويد الطفل على المنافسة الشريفة بروح رياضية تجاه الآخرين.
- بعث الثقة في نفس الطفل وتخفيف حدة الشعور بالنقص أو العجز عنده.
- توفير العلاقات القائمة على أساس المساواة والعدل، دون تميز أو تفضيل على آخر، مهما كان جنسه أو سنه أو قدراته، فلا تحيز ولا امتيازات بل معاملة على قدم المساواة
- تعويد الطفل تقبل التفوق، وتقبل الهزيمة، بحيث يعمل على تحقيق النجاح ببذل الجهد المناسب، دون غيرة من تفوق الآخرين عليه، بالصورة التي تدفعه لفقد الثقة بنفسه.
- تعويد الطفل الأناني احترام وتقدير الجماعة، ومشاطرتها الوجدانية، ومشاركة الأطفال في اللعب وفيما يملكه من أدوات.
- يجب على الآباء الحزم فيما يتعلق بمشاعر الغيرة لدى الطفل، فلا يجوز إظهار القلق والاهتمام الزائد بتلك المشاعر، كما أنه لا ينبغي إغفال الطفل الذي لا ينفعل، ولا تظهر عليه مشاعر الغيرة مطلقاً.
- في حالة ولادة طفل جديد لا يجوز إهمال الطفل الكبير وإعطاء الصغير عناية أكثر مما يلزمه، فلا يعطى المولود من العناية إلا بقدر حاجته، وهو لا يحتاج إلى الكثير، والذي يضايق الطفل الأكبر عادة كثرة حمل المولود وكثرة الالتصاق الجسمي الذي يضر المولود أكثر مما يفيده. وواجب الآباء كذلك أن يهيئوا الطفل إلى حادث الولادة مع مراعاة فطامه وجدانياً تدريجياً بقدر الإمكان، فلا يحرم حرماناً مفاجئاً من الامتياز الذي كان يتمتع به.

- يجب على الآباء والأمهات أن يقلعوا عن المقارنة الصريحة واعتبار كل طفل شخصية مستقلة لها استعداداتها ومزاياها الخاصة بها.
- تنمية الهوايات المختلفة بين الأخوة كالموسيقى والتصوير وجمع الطوابع والقراءة وألعاب الكمبيوتر وغير ذلك..... وبذلك يتفوق كل في ناحيته، ويصبح تقييمه وتقديره بلا مقارنة مع الآخرين.
- المساواة في المعاملة بين الأبناء، لأن التفرقة في المعاملة تؤدى إلى شعور الأولاد بالغرور وتنمو عند البنات غيرة تكبت وتظهر أعراضها في صور أخرى في مستقبل حياتهن مثل كراهية الرجال وعدم الثقة بهم وغير ذلك من المظاهر الضارة لحياتهن.
- عدم إغداق امتيازات كثيرة على الطفل، فإن هذا يثير الغيرة بين الأخوة الأصحاء، وتبدو مظاهرها في تمنى وكراهية الطفل أو غير ذلك من مظاهر الغيرة الظاهرة أو المستترة.
- عدم توبيخ الطفل الأكبر كلما غار من الطفل الأصغر، بل من الضروري ترك الطفل الأكبر يعبر عن شعوره الحقيقي نحو الطفل الأصغر ويقول كل ما لا يعجبه فيه ؛ فمثل هذا التصرف يريحه وينفس عن الحقد والغيرة، دون أن يلحق الأذى بالطفل الصغير.
- تقبل وفهم بعض مشاعر الغيرة التي تظهر عند الطفل عندما تكون في الحدود الطبيعية، والحد من المشاعر العدوانية المباشرة علي مصدر الغيرة.
- تجنب العقاب الجسدي في علاج الغيرة؛ إذ أن استخدام العنف يؤدي إلي الشعور بالإحباط ويسبب الرغبة في الانتقام من أخيه أو أخوته.
- العمل على إشباع الحاجات الأساسية للطفل، وتنويع الأنشطة التي يمكن أن يمارسها وضمن قدراته الأمر الذي يشعره بالارتياح والسعادة ويولد له الثقة بالذات.
- عدم إبعاد الطفل الكبير عن البيت عند قدوم المولود الجديد.
- الابتعاد عن إبراز عيوب الطفل وأخطائه أمام الآخرين.
- إخراج الطفل من دائرة التمركز حول الذات بتنمية علاقاته بالأطفال الآخرين.

سادساً: العناد لدى الأطفال

يعتبر العناد طريقة الطفل للتعبير عن رفضه للآخرين والرغبة في تحقيق مقاصد معينة ويتميز العناد بالإصرار وعدم التراجع ولا يظهر قبل سن الثانية أو الثالثة، وفي سن ثلاثة إلى ستة ينمو لتأكيد ذاته ورفضه لسيطرة الآخرين، ويتسم الأطفال العنيدين بمجادلة الكبار، وكثيرا ما يفقدون هدوءهم ويغضبون ويتحدون قواعد الكبار ويتعدون استفزاز الآخرين، ويستمر هذا السلوك لمدة ستة شهور.

يعبر العناد عن الرفض وعدم الامتثال لما يطلب من الشخص. ويعد العناد سلوكاً طبيعياً في مرحلة الاستقلال، وهي العام الثاني والثالث من العمر، إلى درجة أن الطفل في هذه السن، يسمى ذو العامين المزعج The Terrible Two's، إذ يرفض طاعة الأم ليؤكد قدرته على الانفصال والسير بعيداً ليشعر أنه آخر مستقل عن أمه، وليس جزءاً تابعا لها. ويظهر عناده في صورة الجدال والنقاش، الذي لا ينتهي، أو يرفض الأوامر، التي توجه إليه من الكبار، وكذلك عدم إطاعة القوانين في البيت أو المدرسة. وقد يتعدى ذلك إلى فعل عكس ما يطلب منه، أو ما يضايق الآخر من تصرفات مستفزة أو ألفاظ غير مهذبة في الحوار، كما تسهل استثارته واستفزازه من الآخرين فينفجر انفجارا مزاجيا (Temper Tantrums) لا مبرر له.

وأحياناً يزداد العناد في شدته، وتطول مدته، ويؤثر على أداء الشخص الطبيعي لوظيفته. وحينئذ، يعد مشكلة نفسية، وهو أحد الاضطرابات النفسية المصنفة، التي تصيب الأطفال والمراهقين، غالباً، ونفصله في السطور التالية.

ويشخص بالدلالات الآتية، كما أوردها الدليل الإحصائي التشخيصي الرابع للاضطرابات العقلية (DSM-IV):

نمط من سلوك السلبية العدائية والجراءة يستمر على الأقل ٦ شهور ويظهر خلال ٤ أو أكثر من التالية:

١- فقد الأعصاب غالبا.

٢- جدال مع الكبار غالبا.

٣- غالبا ما يعارض أو يرفض أن يستجيب لمطالب الكبار.
٤- غالبا ما يتعمد مضايقة الرفاق.
٥- غالبا ما يلوم الآخرين على أخطائه.
٦- غالبا ما يكون شديد الحساسية أو يتضايق بسهولة من الآخرين.
٧- غالبا ما يكون غاضبا وسريع الامتعاض.
٨- غالبا ما يكون حاقدا أو انتقاميا.

- إن الاضطراب يسبب خللاً إكلينيكياً واضحاً اجتماعياً أو دراسياً أو وظيفياً.
- أن لا يحدث الاضطراب خلال مسار اضطراب ذهاني أو اضطراب وجداني.
- أن لا تتفق هذه المواصفات مع مواصفات اضطراب السلوك.

الصورة الإكلينيكية للعناد:

- يتحدى الأطفال طلبات الكبار.
- يتعمدون مضايقتهم.
- يميلون إلى إلقاء اللوم على الآخرين على أخطائهم أو سلوكهم.
- ويظهر هذا عادة في المنزل ولا يظهر في المدرسة أو بين الرفاق وقد ينتقل من المنزل إلى المدرسة عند الكبر.
- ويظهر أن المشكلة تتسبب في زيادة الألم والكرب للمحيطين بالطفل أكثر من الطفل شخصيا.

وللعناد أشكال كثيرة ومنها:

- عناد التصميم والإرادة حيث يصر الطفل على محاولة إصلاح لعبته بنفسه ويكرر المحاولة وهو جيد ويجب تشجيعه.
- وقد يكون عنادا مفتقدا للوعي فيصر الطفل مثلا على الخروج إلى المدرسة رغم المطر بملابس خفيفة، أو يسهر على التلفاز إلى منتصف الليل وذلك على حساب المدرسة في اليوم التالي.

- وقد يكون عنادا مع النفس فيرفض تناول الطعام من الأم مع جوعه ويزداد إصراره كلما حاولت الأم إقناعه ويصبح في صراع داخلي مع نفسه.
- وقد يكون عنادا كاضطراب سلوكي فهو هنا نمط ثابت في الشخصية وبحاجة إلى علاج نفسي حيث انه يعاند من اجل المعاندة.

أهم ما يرافق العناد:

- قلة في العلاقات الاجتماعية.
- ضعف في الأداء المدرسي.
- الإصرار على حل المشاكل دون مساعدة الآخرين.
- ضعف تقدير الذات.
- المزاج المكتئب.

أسباب اضطراب العناد: هنالك أسباب كثيرة ومنها:

أسباب تعود للطفل:

- بسبب الإحباط أو من أجل تلبية رغبة معينة.
- عدم النضج، يعني انه غير قادر على التمييز بين الخطأ والصواب.
- التمركز حول الذات، يرى نفسه كأنه مركز الكون. الإجهاد: الإنسان عندما يتعب يتصرف بانفعال.
- الوراثة عامل كبير، نحن نرث من الآباء كفاءة الجهاز العصبي والجهاز الغددي.
- المرونة السيكولوجية: كلما كان الإنسان مرتاحاً وسعيداً في علاقته الزوجية والأسرية كان أكثر مرونة.
- عدم تحقيق حاجات الطفل البيولوجية كالغذاء
- عدم الشعور بالأمن وإتباع السلوك الخاطئ مع الأطفال

أسباب تعود للأهل:

- تقييد حرية الطفل: يصر الأهل على إرغامه على إتباع تعليمات معينة في

المعاملة وآداب الطعام وآداب الحديث والذهاب إلى الفراش وتمشيط الشعر وتدخل الوالدين الزائد في حياة الطفل لوقايته حرصا على إلا يصيبه أذى.

- عصبية الآباء وكثرة النقد الموجه للأبناء: هنا يثور الوالدان لأتفه الأسباب ودون مبرر فيأتي الطفل بعد ذلك متشبها بالوالدين.
- التربية ومشاكل الزوجين تلجئ الأولاد للعناد.
- المعايشة مع الآخرين، الإنسان يتعلم الأخطاء من الوالدين أو المحيطين به.
- الإصرار: ويقصد به المساحة التي أعطيها للآخرين في تعاملي معهم فمثلاً نحن نربي أولادنا على العناد عندما نجبرهم على إطاعتنا.
- الحماية الزائدة: تجعل الطفل يشعر بالعجز والاعتمادية على والديه معطلاً قدراته هو، وقد يرفض ذلك بنوع من العناد للخروج من دائرة الحماية الوصاية والحصول على قدر أكبر من الحرية.
- الإذعان للطفل: وتشجيعه بالمكاسب التي يميل لها الطفل، إما خوفاً عليه أو لإنهاء الموقف، وهنا يتعلم الطفل أن مزيداً من الإصرار سيجلب له التنازلات والمكاسب.
- التذبذب في معاملة الطفل: فيكون الأب على سبيل المثال في صف الطفل وتكون الأم على نقيضه أو العكس فتارة يدللانه وتارة يهملانه وتارة يقسوان في معاملته.
- علاقة الأم بالطفل: قد يؤدي تفضيل الأب أو الأم لأحد الأبناء إلى رغبة الطفل المهمل في اجتذاب انتباه الراشدين من حوله عن طريق العناد.
- غياب احد الوالدين أو كلاهما.
- عدم تهيئة الأسرة الجو المناسب لنمو الطفل نموا طبيعيا فضلا عن تعرضه لمعايشة النزاع بين الأبوين.
- عدم تمكين الأسرة من إعطاء الطفل الحب والحنان والرعاية الكافية والاطمئنان للطفل.
- التذبذب في معاملة الطفل واضطراب أسلوب الوالدين فتارة يدلل بإفراط وتارة يهمل كليا.

• تعزيز سلوك العناد: فتلبية مطالب الطفل ورغباته نتيجة ممارسته العناد تعلم الطفل سلوك العناد وتدعمه لديه ويصبح الأسلوب الأمثل للطفل أو احد الأساليب التي تمكنه من تحقيق أغراضه ورغباته فالعناد سلوك مكتسب ومدعم من قبل الأهل.

أسباب تعود للمجتمع المحيط والبيئة :

• برامج التلفاز التي يشاهدها.

العلاج:

أولاً: العلاج النفسي الفردي

يعالج هؤلاء الأطفال من خلال العلاج النفسي الفردي، مع إكساب الوالدين مهارات التعامل مع الطفل العنيد. إذ تركز المدرسة السلوكية على تغيير سلوك الوالدين إزاء عناد الطفل، وذلك بتشجيعه على السلوك المناسب، بما يؤدي إلى تدعيمه وإهمال السلوك غير المرغوب، بما يؤدي إلى انطفائه. لكن المعالجين النفسيين الفرديين، يرون أن آباء هؤلاء الأطفال متصلبين ويصعب تغييرهم، ولذلك فإنهم، من خلال نمط جديد من العلاقة بالمعلمة، تغير (تعدل) علاقة الطفل بالموضوع، وتحل دفاعات الطفل غير المرغوبة، ويحدث فهم وبصيرة من الطفل لتصرفاته، إضافة إلى تصحيح رؤيته السالبة لذاته وتنمية استقلاليته.

ومحاور العلاج الفردي النفسي:

١- دراسة الحالة الصحية: مثل زيادة إفرازات الغدة الدرقية، الشعور بالإجهاد والإمساك المزمن والأرق وسوء التغذية.

٢- دراسة الحالة النفسية: وهنا يتم دراسة علاقة الطفل بأسرته وأسلوب التربية وأساليب المعاملة والتعرف على الأصدقاء وشغل وقت الفراغ.

٣- العلاج النفسي: ويقوم على التدريب على المهارات الاجتماعية وتهيئة الجو النفسي الأسرى ويسعى كذلك إلى احترام الطفل لذاته وثقته بنفسه واستخدام العلاج السلوكي لتدعيم السلوكيات اللائقة وإطفاء السلوكيات غير المستحبة.

ثانياً: العلاج الأسري

ويستند العلاج الأسرى إلى تدريب الوالدين على مهارات التعامل مع الطفل وكذلك من النصائح المهمة للآباء:

١) العلاقة مع الآباء: عدم التدخل المبالغ فيه في حياة الطفل.

٢) عصبية الآباء: يجب أن يقلع الآباء عن عصبيتهم لأتفه الأسباب.

٣) ممتلكات الطفل: احترام ممتلكات الطفل وعدم حرمانه منها لمجرد الغضب منه

٤) الإهمال والتسلط: عدم إظهار الإهمال أو التسلط.

٥) روح التعاون والتسامح: أن يسود في الأسرة روح التعاون والتسامح.

٦) الأخذ والعطاء: مساعدة الطفل على الأخذ والعطاء.

٧) أوقات الفراغ: شغل أوقات الفراغ عند الطفل وتشجيعه على الاختلاط بالأقران.

٨) حل المشكلات بأنفسهم: مساعدة الأطفال على حل مشكلاتهم بأنفسهم واستخدام النصح الهادئ.

٩) وصف الطفل بالعناد: عدم القول أن الطفل عنيد أمام الطفل أو مقارنته بآخرين ليسوا عنيدين.

١٠) نقد الطفل: عدم الإكثار من نقد الطفل أو السخرية منه.

١١) ثبات المعاملة بين الوالدين وعدم تذبذبها بين الشدة والرخاء.

١٢) عدم مقارنة الطفل بإخوته مهما كانت الأسباب.

١٣) المرونة في معاملة الطفل.

١٤) الحوار الدافئ المقنع عند ظهور موقف العناد.

وفيما يلي طريقة لدراسة حالة حول وجود العناد لدى الطفل والتعرف من خلالها على العوامل التي تسهم في حدوثه.

دراسة حالة للعناد

اسم الطفل هاتف المنزل عمل الأب عمر الأب المؤهل العلمي للأب عدد أفراد الأسرة صلة القرابة بين الأبوين	تاريخ الميلاد تاريخ المقابلة عمل الأم عمر الأم المؤهل العلمي للام ترتيب الطفل بين إخوته متى تعرفت الأسرة على أن الطفل لديه مشكلة؟

- ☐ مشاكل صحية أو نفسية لدى الآباء
- ☐ مشاكل صحية أو نفسية لدى الإخوة
- ☐ تأثير العناد على صحة الطفل
- ☐ تأثير العناد على الوضع التحصيلي للطفل
- ☐ تأثير العناد على علاقة الطفل بإخوته
- ☐ تأثير العناد على علاقة الطفل بأقربائه ورفاقه
- ☐ هل يعاني الطفل من مشاكل في البصر؟
- ☐ هل يعاني الطفل من مشاكل في السمع؟
- ☐ هل يعاني أمراض عموما؟
- ☐ مشاكل نفسية مترافقة من مثل

قضم الأظافر، مص الأصابع، التبول اللاإرادي، اضطراب النوم، عدوانية على الآخرين، شرود الذهن، نوبات غضب، صراخ وبكاء متواصل، خجل، عزوف عن الطعام، الكمالية الزائدة، الخوف، السرقة، الكذب

الحلول السابقة للمشكلة

المشكلة من وجهة نظر الآباء ....

المشكلة من وجهة نظر الإخوة ....

المشكلة من وجهة نظر المدرسين والرفاق ....

اتجاهات الأشخاص في البيت تجاه الطفل

دلال، إهمال، قسوة، كراهية، مرونة، تحجر، مقارنة، حماية زائدة، ضرب، شتم، تهديد، حب، مزاح، تذبذب في المعاملة

....

النمو اللغوي ....

عدد أصدقائه المفضلين ....

كيفية قضاء وقت فراغه ....

برامج التلفاز التي يشاهدها ....

هل يمتاز بحب الاستطلاع؟ ....

هل يمتاز بالتأمل وأحلام اليقظة؟ ....

- ☐ الانفعالات والمشاعر التي تحدث قبل المشكلة (غضب، كره، راحة..)
- ☐ الانفعالات والمشاعر التي تحدث بعد المشكلة (غضب، كره، راحة..)
- ☐ الأحاسيس الجسدية التي تحدث قبل المشكلة (وجع رأس، الم في المعدة ...)
- ☐ الأحاسيس الجسدية التي تحدث بعد المشكلة (وجع رأس، الم في المعدة ...)
- ☐ السلوكيات الخارجية التي تحدث قبل المشكلة (صراخ، بكاء، ضرب...)
- ☐ السلوكيات الخارجية التي تحدث بعد المشكلة (صراخ، بكاء، ضرب...)
- ☐ الحديث الذاتي الذي يقوله لنفسه قبل المشكلة
- ☐ الحديث الذاتي الذي يقوله لنفسه بعد المشكلة
- ☐ مكان حدوث المشكلة
- ☐ زمان حدوث المشكلة

الأشخاص الذين ترتبط المشكلة بوجودهم (الموجودين عند حدوث المشكلة)

ماذا يستفيد الطفل من قيامه بسلوك العناد؟ أي المكاسب الثانوية التي يحققها

- ☐ هل يغار الطفل من إخوته والآخرين؟
- ☐ هل هنالك في الأسرة تعليمات يجب أن ينفذها الطفل بحذافيرها وما هي؟
- ☐ هل يمتاز الأبوان بالعصبية؟
- ☐ هل يوجه النقد بشكل مستمر للطفل؟
- ☐ هل يتفق الأبوان دائما على أسلوب معاملة الطفل؟
- ☐ هل يحب الطفل والديه؟
- ☐ هل مر الطفل بتجارب نجاح في حياته وتجارب إحباط يرجى التحديد؟
- ☐ هل يطلع الطفل على شجار الأبوين؟
- ☐ هل يرعى الأبوان الطفل معا؟
- ☐ هل يبدو أن الطفل يحاول إثبات ذاته؟
- ☐ هل يلبي الأهل استجابات الطفل بعد عناده؟
- ☐ هل يمتاز أي من الأبوين أو الأقارب أو الإخوة بالعناد؟

برنامج علاجي لمعالجة العناد مخصص للمعلمة والوالدين:

الإجـــــراء	مبرراته وطريقته
بناء علاقة مع الطفل	من اجل أن يحبك الطفل فيستمع لكلامك وأوامرك، يتطلب ذلك تقليل الأوامر قدر الإمكان واستبدالها بالمشاورة وتحميله مسؤوليات
الاستجابة لطلبات الطفل	كلما استجبت لطلبات الطفل تشجع للاستجابة لطلباتك فالاحترام يجب أن يكون متبادلا وسيستجيب عندها بطيب خاطر.
استخدم أسلوب الحوار المنطقي	فلا تكن متسلطا واسمح للطفل أن يبدي رأيه وأشعره أن رأيه مهم وخذ به في بعض الأحيان ولا تكن جامدا في ذلك بل اسمح بقدر من المرونة، واسمح له بالتعبير عن مشاعره وهمومه ورفضه دون خوف.
كن قدوة	لان الطفل يقلد من حوله فإذا شعر أن الأم ترفض ما يطلبه الأب فسيرفض هو بدوره.
اذكر السبب	اشرح أسباب طلبك من ابنك لأمر معين وبكل لطف ولا تعلم الطفل على الطاعة العمياء.
اطلب عددا قليلا من المطالب	لا تزيد من مطالبك اليومية بل قلل منها وركز على المفيد منها والتي من الممكن للطفل أن يحققها والتي يحبها.
تحدث بطريقة إيجابية مع الطفل	فلا تقل كف عن الصراخ ولكن قل اخفض من صوتك، وبدلا من كف عن الأكل بطريقة مقرفة بل قل كل باستخدام الشوكة والملعقة بطريقة أفضل وهكذا مع كل السلوكيات .
أعط الطفل خيارات	مثلا قل للطفل بإمكانك أن تأكل هذا الصحن الآن أو تأكل بعد نصف ساعة واترك له أن يقرر لتلزمه بما قال ويفضل أن يكتب ما يلتزم به.
التعزيز الرمزي	في كل يوم يأكل وحده يحصل على نجمة وعندما يحصل ١٠ نجوم مثلا يستبدلها بأمر يحبه كشراء لعبة أو الخروج في رحلة.

الإجــــراء	مبرراته وطريقته
التجاهل والإطفاء	في كل مرة يحاول أن يقوم الطفل بسلوك غير مقبول من اجل أن يلفت انتباهنا إليه نتجاهله ونهتم به فقط عندما يقوم بسلوك مقبول
اسمح ببعض التمرد	كل الأطفال لا يحبون الاستجابة للتعليمات دائما فلا تكن قاسيا مع ابنك واسمح له ببعض العصيان أحيانا ولكن اظهر له وقتها انك لم تكن راضيا عنه ولا تستخدم التهديد معه وحاول تجاهله.
تعليمه مهارات الحديث	علمه كيف يستجيب عندما تطلب منه بان يفكر قليلا ويستجيب بالفاظ مختلفة ويطرح ما يشاء من الأسئلة لتزيد من تفكيره قبل الاستجابة النهائية.
تعليمه مهارات اجتماعية	من مثل كيف يؤكد ذاته فلا يقبل أي شيء ولا يكون في الوقت نفسه عدوانيا وبان يعبر هنا عن مشاعره وان يتجه بنظره للآخرين ويتحدث معهم عما يريد.
شغل وقت فراغه	ولا يكون ذلك إلا من خلال تحميله مسؤوليات عديدة في البيت مهما صغر عمره وفي الوقت نفسه إشغاله بأمور حياتية قد تكون خارج الدراسة والمدرسة ومن خلالها ينمي هواياته ويطورها ويتعرف على أصدقاء.

سابعاً: تدني اعتبار الذات

إن كثيرا من مشكلات الطفولة الباكرة ينجم عن الشعور بانخفاض اعتبار الذات، فشعور الطفل بأنه شخص بلا قيمة يفتقر إلى احترام الذات يؤثر على دوافعه واتجاهاته وسلوكه، ويمكن التعرف إلى صورة الذات (Self-image) من خلال الإجابة على ثلاثة أسئلة وهي: من أنا؟ كيف أقوم بعملي؟ كيف أقوم بعملي مقارنة مع الآخرين؟ سواء تعلق ذلك بالأسرة أم الروضة، إن الأطفال الذين يفتقرون إلى الثقة بالذات لا يكونون متفائلين حول نتائج جهودهم، فهم يشعرون بالعجز والنقص والتشاؤم ويفقدون حماسهم بسرعة، وغالبا ما يشعرون بالخوف، ويصفون أنفسهم بصفات مثل" سيء وعاجز" ويتعاملون مع الإحباط

والغضب بطريقة غير مناسبة حيث يتوجهون بسلوك انتقامي نحو الآخرين أو نحو أنفسهم، كما يدرك هؤلاء الأطفال المكافآت المعطاة لهم باعتبارها ناتجة عن المصادفة أو الحظ وليست نتاجا لعملهم أو جهدهم. (شيفر وميلمان، ٢٠٥)

الأسباب:

- قد يظهر تدني اعتبار الذات بسبب الممارسات الخاطئة في تنشئة الأطفال من قبل الأسرة، فأسلوب التنشئة القائم على الحماية الزائدة أو الإهمال أو البحث عن الكمال الزائد أو العقاب والتسلط أو النقد وعدم الاستحسان كلها أساليب تؤدي إلى زيادة تدني اعتبار الذات لدى الأطفال.
- التقليد: إن الآباء الذين يشعرون بضعف في اعتبار الذات، يقدمون نماذج غالبا ما يقلدها الأطفال، فهم يعاملون أطفالهم بعدم الاحترام نفسه الذي يشعرون به نحو أنفسهم، ويشعر الأطفال أن عدم اعتبار الإنسان لنفسه أمر طبيعي، وهو يقلد تعليقات والدية بأن الآخرين أكثر نجاحا.
- الاختلاف والإعاقة: إن الأطفال الذين يبدون مختلفين اختلافا كبيرا عن الآخرين يشعرون عادة بانخفاض في اعتبار الذات، فهم يشعرون مثلا، بأنهم قبيحون جدا أو قصار أو طوال القامة أو أغبياء أو مختلفون بطريقة ما، ويطور هؤلاء الشعور بالغضب نحو أنفسهم بسبب اختلافهم عن الآخرين والشعور بالكراهية للآخرين لأنهم يرون هذا الاختلاف أو يشيرون إليه، وتظهر الخبرات السلبية لديهم نتيجة سعيهم للحصول على تقبل الآخرين أو إعجابهم دونما نجاح، ويحدث النمط نفسه من الاستجابات لدى الأطفال المعاقين، وبصورة أشد، إذ أن البرهان المادي على وجود الاختلافات أو عدم السوية قائم دائما.
- المعتقدات غير المنطقية المتعلمة: إن البيت هو المصدر الرئيسي للمعتقدات غير المنطقية مقارنة مع المدرسة أو المجتمع المحلي، وهذه المعتقدات تؤدي إلى أشكال متعددة من سلوك هزيمة الذات، ومن هذه المعتقدات " لا أستطيع أن أفعل شيئا بالشكل الصحيح، الأمور تعاكسني باستمرار، لا بد أنني معوق إذ أنني لا أستطيع فعل ذلك" وتستمر مثل هذه المعتقدات وتتزايد فتؤثر على اعتبار الذات لدى الأطفال.

الوقاية من تدني اعتبار الذات:

- ساعد الأطفال على أن يفكروا بمنطقية باستمرار وعلى أن يفهموا ذاتهم، سواء في الأسرة أو في الروضة.
- شجع القدرات التي يظهرها الأطفال، وشجعهم على الاستقلالية والاستمتاع بالعمل، وهذا مما يساعد الأطفال على التكيف مع البيئة، ويساعدهم في أن يكونوا مرنين بسبب المهارات التي سيتعلمونها من الاستقلالية، وعندما يواجه الطفل مشكلة فسيبدأ بالتعامل معها لاحقا بدلا من الرضوخ لها.
- زود الأطفال بالدفء والتقبل سواء في الأسرة أو في الروضة، وهذا مما يجعلهم يعيشون في جو من الثقة والأمان والاستقرار، ويساعدهم في التعبير عن أنفسهم بمشاعرهم الخاصة.

علاج تدني اعتبار الذات:

- ركز على جوانب القوة لدى الطفل واعمل على إبرازه وتشجيعه، وكبداية مناسبة يمكن الطلب من الأطفال أن يعدوا قائمة بمصادر القوة لديهم، ويمكنهم إضافة المهارات التي يتعلمونها أولا بأول إلى هذه القائمة، وعلى الأسرة والمعلمة الإكثار من الاستحسان والانتباه والتقدير والامتداح للطفل، وإبراز هذه الجوانب بعبارات مناسبة من مثل" شكرا لك لأنك ساعدت أخاك، إنني أقدر لك أنك قلت الحقيقة، إنني معجب بالجهد الذي وضعته في إنجاز واجباتك، لقد كان لطيفا منك أنك اهتممت بمشاعر صديقك، لقد كانت لديك روح الدعابة بشكل جيد هذا المساء"
- شجع الأطفال على الحديث الإيجابي أيضا مع أنفسهم، من مثل" أنا على ما يرام، استطيع فعل ذلك، سأنجح في عمل هذا الأمر، من المهم أن أبذل جهدي " لأن كثيرا من الأطفال يتحدثون مع أنفسهم بعبارات سلبية تسبب لديهم تدني في اعتبار الذات.
- زود الطفل بخبرات بناءة: عندما يكون الطفل قد طور اعتبار ذات منخفض فإن من الضروري أن تصبح مخططا رئيسيا لتزويده بخبرات تعيد بناء ثقته

بنفسه، فقد يكون من الضروري أن تستخدم في البداية مكافآت ذات معنى لدى الطفل لأنه قد لا يكون راغبا في المشاركة بأي شيء، ويمكن إشراكه في فرق الكشافة والموسيقى ونوادي الهوايات الرياضية وغيرها من النشاطات التي يمكن أن تؤدي إلى رفع الروح المعنوية لدى الأطفال.

- أوقف كافة الانتقادات والتعليقات وعبارات السخرية التي يستخدمها المحيطين سواء أفراد الأسرة أو الأصدقاء، حتى تبني ثقته بنفسه وتعيد له القدرة على التعامل مع الآخرين بكل شجاعة واقتدار. (شيفر وميلمان، ٢٠٠٥)

ثامناً: العزلة والانطواء والانسحاب الاجتماعي

تعددت المصطلحات والأوصاف التي استخدمت في الدراسات النفسية والتربوية لوصف مفهوم الانسحاب الاجتماعي، ومن أهمها: العزلة الاجتماعية، والانطواء على الذات، والانسحاب الاجتماعي

تعريف الانسحاب الاجتماعي: هو نمط من السلوك يتميز عادة بإبعاد الفرد عن نفسه وعن القيام بمهمات الحياة العادية، ويرافق ذلك إحباط وتوتر وخيبة أمل، كما يتضمن الانسحاب الاجتماعي الابتعاد عن مجرى الحياة الاجتماعية العادية، ويصاحب ذلك عادة عدم التعاون وعدم الشعور بالمسؤولية، وأحيانا الهروب إلى درجة ما من الواقع الذي يعيشه الفرد.

وقد عرف كيل وكيتال Kale& Kayeetal الانسحاب الاجتماعي تعريفا إجرائيا وهو: الأطفال المنسحبون اجتماعيا هم أولئك الذين يظهرون درجات متدنية من التفاعلات السلوكية والاجتماعية.

متى يبدأ سلوك الانسحاب الاجتماعي؟

يتفق معظم الباحثين على أن سلوك الانسحاب الاجتماعي يبدأ في سنوات ما قبل المدرسة، ويستمر هذا السلوك فترات طويلة، وربما يستمر طوال الحياة.

مظاهر الانسحاب الاجتماعي:

تتمثل مظاهر سلوك الانسحاب الاجتماعي في الآتي: العزلة، انشغال

الذات، تجنب المبادرة إلى التحدث مع الآخرين، أو أداء نشاط مشترك معهم، كما يشمل الشعور بعدم الارتياح في مخالطة الآخرين والتفاعل معهم، وهذا السلوك يصاحبه أحيانا عدم الشعور بالسعادة، ومعاناة تصل إلى حد الاكتئاب، كما قد ينطوي على سلوكيات أخرى مثل: القلق والكسل والخمول والخوف من التعامل مع الآخرين، والخوف من العقاب، وعدم الوعي للذات وإدراكها، والبطء والتلعثم أثناء الكلام، والشعور بالنقص والدونية، وسهولة الانقياد، والخوف من الكبار، وحب الروتين، وعدم الاستجابة للتغيير، والتعبير اللفظي المحدود، ومص الأصبع. (بطرس، ٢٠٠٨).

أشكال الانسحاب الاجتماعي:

يصنف الانسحاب الاجتماعي إلى صنفين هما:

- الانسحاب الاجتماعي: ويتمثل في الأطفال الذين لم يسبق لهم أن أقاموا تفاعلات اجتماعية مع الآخرين، أو أن تفاعلاتهم كانت محدودة، مما يؤدي إلى عدم نمو مهاراتهم الاجتماعية، والخوف من التفاعلات الشخصية.
- العزل الاجتماعي أو الرفض: وهو يتمثل في الأطفال الذين سبق لهم أن أقاموا تفاعلات اجتماعية مع الآخرين في المجتمع، ولكن تم تجاهلهم أو معاملتهم بطريقة سيئة، مما أدى إلى انسحابهم وانعزالهم.

أسباب الانسحاب الاجتماعي:

- قد يعود سبب الانسحاب لوجود تلف في الجهاز العصبي المركزي، أو خلل أو اضطراب في عمل الهرمونات في الجسم.
- كما أن جذور هذه المشكلة هي البيت، من حيث نوعية العلاقة بين الوالدين بعضهما البعض، ونوعية العلاقة بين الوالدين والأبناء، كما أن نوعية علاقة الأسرة بالأقرباء والجيران من الناحية العاطفية تؤثر تأثيراً كبيراً سلباً وإيجاباً في عملية الانطواء أو الانبساط.
- وللفروق الفردية من حيث التكوين الجسدي والنفسي والعقلي وما رافق حياة الطفل من ظروف محيطة خاصة، كل ذلك يحدد أيضاً ملامح شخصية الطفل

المنبسطة أو المنطوية فكلما كان الطفل ذو تكوين جسمي سليم وقوي ونمو عقلي سليم وصحيح وكلما كانت حياة الطفل خالية من ظروف غير طبيعية أدى ذلك إلى الابتعاد عن هذه المشكلة.

- وقد يعود الانسحاب الاجتماعي بسبب نقص في المهارات الاجتماعية وعدم معرفة الطفل للقواعد الأساسية لإقامة علاقات مع الآخرين.
- أو بسبب عدم احترام الطفل وتجاهله من قبل الآخرين.
- يعتبر الخجل أيضا من أكثر أسباب الانسحاب الاجتماعي شيوعا، حيث يحول هذا العامل دون التعبير عن وجهة النظر لدى الفرد الخجول، وكذلك يحول دون التفكير والحديث عن الحقوق بصوت عال، كما يمنع الفرد من مقابلة أناس جدد، وتكوين صداقات جديدة. (بطرس، ٢٠٠٨)

الأساليب الوقائية والعلاجية لمشكلة الانسحاب الاجتماعي:

- معرفة الأسباب وطرق الحد منها أو السيطرة عليها.
- يحتاج الطفل إلى المدح والثناء والدفء العاطفي ليشعر بأنه شخص مهم عنده جوانب مضيئة، وأنه مقبول وله قيمة كشخص.
- فتح قنوات حوار ومصارحة مع الطفل لتعزيز الثقة لديه وكشف أسباب معاناته.
- تدريب الطفل على المهارات الحياتية الخاصة من مثل: تعلم طرائق التحدث مع الناس، وممارسة أدب الاعتذار والتسامح.
- يجب أن نعلم أن الانعزال الآمن لبعض الوقت من البيئات الخطرة قد يكون علاجا مناسبا يلجأ له الطفل أحيانا لعلاج مشكلاته، فينبغي أن نترك الطفل أحيانا ولبعض الوقت طالما أنه لم يستمر في العزلة كثيرا.
- إدخال الطفل في مجموعات متعددة النشاطات ومتعددة الفعاليات.
- تشجيع الطفل لإنشاء صداقات وبذل الجهود لتوفير جو من المرح ودمج الطفل وتشجيعه على النقاش. . (بطرس، ٢٠٠٨)

تاسعاً: مشكلة الاكتئاب

يبدو الاكتئاب على الطفل بالخذلان والكسل وفتور الهمة والشعور بالفشل وانحراف المزاج وزيادة الحساسية وسهولة جرح المشاعر والانسحاب الاجتماعي والهروب، أو العلاقات السطحية المؤقتة، مع فقدان الأمل والانغمار في التشاؤم من المستقبل وفقدان الشهية والشكوى من آلام جسمية وتوهم المرض، وصعوبة التركيز ويتذبذب الطفل بين نقده القاسي لنفسه، وبين تأنيب غيره على ما ارتكبه نحوه من أخطاء، وأحيانا عدم الرغبة في الحياة وقد تؤدي حالة الطفل هذه إلى سرعة التأثر والبكاء وإهماله لمظهره.

الاكتئاب هو حالة من التبلد الأنفعالي وفقد الطاقة الجسمية يبدو فيها المكتئب حزينا مثبطا خائر العزائم لا يستطع أداء عمل يحتاج فترة زمنية طويلة يتكلم ببطيء وبشكل متقطع ولا يجيب عن الأسئلة إلا بصعوبة وهو كثير الزفرات والأنات يبكي ويتأوه لتركيز انتباهه في أفكاره التشاؤمية وحياته قلق وعذاب، ويمكن تشخيص الاكتئاب المرضي بما يلي:

حالة يفقد فيها الطفل الاستمتاع في الأنشطة، بالإضافة إلى وجود خمسة أعراض مصاحبة لمدة أسبوعين وتمثل تغييرا في الأداء الوظيفي وهي ثابتة اغلب ساعات اليوم.

أ - وجود خمسة أعراض أو أكثر من الأعراض خلال نفس المدة التي لا تقل عن أسبوعين على أن تكون من بينهم واحد على الأقل من اكتئاب الوجدان أو فقد الاهتمام :

١) اكتئاب الوجدان اغلب اليوم.
٢) نقص ملحوظ في الاهتمام والاستمتاع.
٣) فقد هام للوزن أو زيادة الوزن أكثر من ٥٪ خلال شهر.
٤) الأرق أو زيادة النوم.
٥) الفوران النفسي الحركي أو التبلد كل يوم.
٦) الإجهاد أو فقد الطاقة كل يوم.
٧) مشاعر عدم القيمة أو الشعور بالذنب.

٨) نقص القدرة على التفكير أو التركيز.

٩) تكرار فكرة الموت أو الانتحار.

ب) الأعراض لا تتفق مع مواصفات النوبات المختلطة.

ج) الأعراض تسبب خللا في الأداء الاجتماعي أو الوظيفي.

د) الأعراض لا ترجع إلى التأثيرات الفسيولوجية لمادة مخدرة (أو دواء صحي).

هـ) الأعراض لا ترجع إلى فقد عزيز أو بعد فقد عزيز ظلت أكثر من شهرين.

مؤشرات للتعرف على الاكتئاب لدى الأطفال:

هناك مؤشرات عديدة يمكننا التعرف على بوادر الاكتئاب لدى الأطفال ومن هذه المؤشرات هي ما يأتي:

- ميل الطفل إلى الانطواء.
- صعوبة التركيز وضعف الذاكرة.
- الشعور بالوحدة وفقدان الحب والحنان.
- التعرض للفشل المتكرر سواء الدراسي أو الاجتماعي.
- إهمال الطفل لمظهره الخارجي ونظافته الجسمية وعنايته بهندامه.
- هذا الطفل يكون منحني الظهر، مثقل بهمومه كأنه يحمل ثقلا على ظهره بحيث يصبح لا يقوى على رفع قامته واستقامته.
- تكون مشيته بطيئة ثقيلة.
- ينظر إلى الأسفل أكثر مما ينظر إلى الأعلى.
- وجهه كسيف مكفهر، مقطب الجبين، أطراف فمه يشوبها التهدل والارتخاء.
- يتأوه كثيرا عندما يتكلم، انه متشائم دائما.
- يمشي بجانب الجدار ويتجنب المشي وسط الشارع، تظهر على جمله ولغته المستعملة التألم والتأسف.

وتتعدد مظاهر وأشكال الاكتئاب لدى الأطفال منها:

- الاكتئاب الحاد وتظهر فيه تلك الأعراض بشكل مفاجئ ونتيجة حصول مشكلة معينة كفقدان شخص عزيز.
- الاكتئاب المزمن: وتظهر فيه بعض تلك الأعراض ويكون الطفل معروفا عنه قبل تلك الأعراض التباطؤ الحركي ولا يسبق الأعراض حادثة ما ويرجع لسبب في الطفل نفسه أو تكون حالة وراثية
- الاكتئاب المقنع: ولا تظهر فيه الأعراض المعروفة للاكتئاب بل تظهر علامات أخرى مثل كثرة الحركة والعبث بالأشياء التي تظهر أمامه وتكسيرها دون قصد وأفعال تدل على ميول عدوانية

أسباب الاكتئاب عند الأطفال:

- وقوع مشكلة معينة أو حادثة مؤلمة في حياة الطفل كفراق شخص عزيز لديه او فقده شيئا عزيزا عليه كلعبته أو وفاة أحد والديه أو أقاربه المقربين إليه.
- كثرة توجيه النقد للطفل والتقليل من قيمته خاصة أمام الغرباء.
- وجود الاكتئاب لدى أحد الوالدين وهو من أهم أسباب اكتئاب الأطفال وتشير النتائج إلى أن ٥٠٪ من الأطفال المكتئبين لهم آباء مكتئبون.
- الأمراض الجسمية المزمنة والحوادث التي تسبب الإعاقات الشديدة والتشوهات.
- شعور الطفل بالذنب، وأنه فاسد وسيء يستحق العقاب أو أنه السبب في وفاة أو مرض أخيه مثلا.
- عدم تشجيع الطفل على التنفيس عما بداخله او التعبير عن نفسه فيلجأ الطفل للصمت والخذلان ومن ثم الاكتئاب نتيجة الشعور بالعجز عن إفهام الآخرين والتعامل مع المشكلات.
- يتعرض بعض الأفراد لنقصان المواد الكيماوية كمادة السيروتونين في أجسامهم، نتيجة لحالات التوتر أو التعب أو حرمانهم من النوم، وهذا ما يحدث في أماكن التعذيب أحيانا، وقد وجدت البحوث بأن هناك زيادة في هذه المادة في أجسام المنتحرين بعد تحليل دمائهم.
- الغضب المتجه للداخل والإحباط.

للوقاية من حدوث الاكتئاب:

- الاتصال المفتوح مع الآخرين والتعبير عن الانفعالات.
- الشعور بالكفاءة والفاعلية ووضع أهداف واقعية يمكن تحقيقها.
- العمل على تطوير مصادر متعددة لاعتبار الذات.
- أن يكون المعلمون وأفراد الأسرة نموذجا للتفاؤل والمرونة.
- أن ينتبه المعلمون وأفراد الأسرة للإشارات التحذيرية.

ولعلاج المشكلة يقترح ما يلي:

- ناقش الحزن وإيذاء الذات بشكل منفتح.
- اضمن إدراك الطفل لتحقيق أهدافه.
- قم بتخطيط نشاطات ممتعة وتنفيذها.
- علم الأطفال الحديث الايجابي مع الذات.
- ترفيه الطفل وإشراكه في جماعات اللعب والرحلات وعدم تركه فريسة للأحزان.
- تعويد الطفل على التفاؤل والبعد عن الندم والتشاؤم وعدم التركيز على سلبيات الطفل ونقاط ضعفه.
- تشجيع الطفل على التعبير عن ذاته وتنفيس ما به من آلام ومناقشته في تلك الأفكار التي يراها وتسبب له هذا الاكتئاب.
- العلاج الجماعي بحيث يشرك الأخوة والأخوات والوالدين في علاج المشكلة.
- العلاج الدوائي فقد ثبت صلاحية هذا العلاج في حالات كثيرة في الأطفال شرط ان يحال دون الظروف المحبطة والمؤلمة نفسها.

عاشراً: مشكلة التواصل مع الآخرين

يعاني الأطفال بالعموم من مشكلة في تواصلهم مع الآخرين، وكثيرا ما يشكو الأهل من أن طفلهم لا يسمعهم، وتشكو كذلك المعلمة من أن الطلبة يقاطعونها باستمرار، لذا تعتبر مشكلة التواصل من المشكلات الاجتماعية المنتشرة لدى الأطفال في هذا السن، والتواصل هو: عبارة عن تبادل المعلومات وتفسيرها بين جهتين، وله عناصر أربعة:

١- القناة: أو وسيلة نقل الرسائل من مصدر لآخر.

٢- الإرسال: ويتم حينما تختار أفضل الرموز الممكن استخدامها لإظهار ما تفكر به، هذه الرموز إما أن تكون كلمات إيماءات، أو تعابير.

٣- الاستقبال: ويتضمن وعي وإدراك الرسالة ثم تفسيرها.

٤- التغذية الاسترجاعية: وهو فهم لاكتمال عملية الاتصال لأنه يبين للمرسل ما إذا كانت الرسالة قد تم إدراكها وتفسيرها أم لا.

ومن العنصر الرابع تكمن أهمية التواصل ذو الطرفين لأنه لا يهم أن تتصل بالفرد الآخر بل المهم أنه تتصل مع الفرد الآخر، وذلك حتى تتحقق الفائدة من عملية الاتصال. إن الهدف من أي اتصال مع طرف آخر لا يخرج عن ثلاثة أمور هي: الإخبار، أو الإقناع، أو الإمتاع.

القواعد الأساسية للتواصل الناجح: تتم عملية التواصل الفعال من خلال أربع خطوات وهي باختصار:

- الاستماع للكلمات.
- معرفة معاني الكلمات التي سمعتها.
- معرفة الأفكار خلف الكلمات.
- معرفة الرسالة خلف الأفكار.

وحتى تتم هذه الخطوات بنجاح لا بد من توفر القواعد الأساسية التالية:

- التفرغ التام.
- تركيز الانتباه على كل ما يقوله المقابل من أفكار رئيسية.

- إعطاء الفرصة له لقول كل ما يريده.
- الإصغاء بغرض الفهم.
- الانتباه للتعبير غير اللفظي الصادر عنه كالإيماءات، حركة الأيدي والعيون . . الخ.
- تجنب التسرع في اتخاذ القرار.
- تجنب إطلاق الأحكام.
- عدم المقاطعة.
- في حالة عدم فهم واستيعاب بعض الجمل والألفاظ الطلب من المتحدث توضيح ذلك.
- تقليل الحركات الملفتة مثل: فرقعة الأصابع، اللعب بالقلم، فرك العيون، الدق بالأرجل، التثاؤب . . . الخ.
- التحلي بالصبر حتى ولو كانت طريقة المتحدث أو ألفاظه غير ممتعة.

ويقسم التواصل إلى تواصل لفظي يتم من خلال الكلمات والأفكار والمشاعر، وتواصل غير لفظي يتم من خلال الإيماءات والحركات والتعبيرات الجسمية، ويتضمن الاتصال اللفظي المستويات التالية:

- لغة الطفولة: لغة جذابة ومرحة وغالبا ما تستخدم للتذكر والمحبين لديهم أصناف من لغة الطفولة مثل تصوير الرغبة الجسدية والسرور والمداعبة.
- لغة الشارع: لغة تعبيرية وانفعالية يمكن أن تكون سلاحا وغالبا ما تستخدم في مجال اللعب وتستخدم عندما يكون الاتصال غير متساو وتسمى لغة القسوة.
- المحاضرة: من خلال أنماط الحديث المستخدمة وهي لغة تلقين في المدارس.
- لغة البحث أو المهني: وتكون عند الاشتراك بين رفاق مهنيين وفيها دقة في الاختيار المهني وتفهم كما لغة الشارع من قبل المختصين بها فقط.

حتى يتمكن الأطفال من التواصل الصحيح فلا بد من:

- حسن الاستماع، نصيحة رائعة: استمع للآخرين ,هذا كل شيء، وهناك أنواع مختلفة من المستمعين وهم:

١- المستمع الزائف: هو حقيقة سرحان فلا يتنبه إلى المستمع هنا إطلاقا.
٢- المستمع الأناني: يستمع ولكن من اجل أن يستغل فترة انه يستمع له من اجل أن يتحدث والهدف أن يعبر عن ذاته.
٣- المستمع الانتقائي: يستجيب لأجزاء من الذي يتكلم به وغالبا الأجزاء التي تهمه مثل: الفلوس أو النساء أو هواية.
٤- المستمع المتربص: وهو يسمع بشكل جيد ليجمع معلومات ويفترض أن كلامك هجوم ويهاجمك.
٥- المستمع غير الحساس: هو يستمع لما تقوله ولكن يستمع مباشرة ولا يدرك الأشياء التي بين الكلام مثل المشاعر ويأخذ المعنى الحرفي.
٦- المستمع الفعال الحقيقي: افهم الأشياء كما يريدها الآخر ودماغنا ليس مقصورا على الحواس وإنما مصمم لتفسير الأمور.

- التزام القولِ الحسنِ، وتجنب التفكير بمنهج التحدي والإفحام: يقول تعالى: ﴿وقولوا للناس حسنا﴾ (البقرة: ٨٣). فعلى الطفل أن يبتعد عن السخرية والتجريح والتحقير والاستفزاز للآخرين بكل أشكاله.
- الابتعاد عن رفع الصوت أكثر من الحاجة لأن في ذلك إيذاء للآخر وللنفس، فليس صاحب الصوت القوي إلا ذو حجة ضعيفة، ولكن لا يمنع ذلك من التغيير في نبرات الكلام والتي تساعد في إيصال الفكرة.
- الالتزام بوقت محدد في الكلام، وعدم استئثار الطفل بالحديث والإطالة، بل ترك المجال للآخرين للحديث والتعبير عن وجهة نظره، والاختصار في التعبير عن الفكرة لدى الطفل حتى يستوعبها الطرف الآخر بسرعة.
- تجنب المقاطعة إلا في حالات كان يتحدث الطرف الآخر ويتنقل من موضوع لآخر.
- وقد قال الحسن بن علي لابنه، رضي الله عنهم أجمعين: (يا بنيّ إذا جالست العلماء؛ فكن على أن تسمع أحرص منك على أن تقول، وتعلّم حُسْنَ الاستماع كما تتعلم حسن الكلام، ولا تقطع على أحد حديثاً - وإن طال - حتى يُمسك). وإلا انقلب التواصل إلى حوار طرشان لا يفيد الطفل ولا يساعد الطرف الآخر على فهم ما يريده الطفل.



الفصل الخامس

مشكلات العادات

أولاً : مص الإبهام

ثانياً : قضم الأظافر

ثالثاً : مشكلات الكلام واللغة

رابعاً : مشكلات تناول الطعام

خامساً : مشكلات النوم

سادساً : التبول اللاإرادي

سابعاً : المشكلات الجنسية

5

الفصل الخامس

مشكلات العادات

أولاً : مص الإبهام

مفهومه :

عندما يولج الطفل إبهامه في فمه تنغلق عليه الشفتان وتتلو ذلك حركات مص من الشفتين والوجنتين واللسان، وتكون الأظفار عادة إلى أسفل وفي الغالب تحك يد الطفل الأخرى جزءا من الجسم كالأذن أو الشعر أو شيئاً آخر كالغطاء، وبالرغم من انتشار مص الإصبع بين أبناء السنة والسنتين فإن هذه العادة ستضمحل تدريجياً مع نمو الطفل وقلة من الأطفال تستمر عندهم هذه العادة إلى سن المراهقة والشباب، ويتجاوز عدد البنات عدد الأولاد في عادة مص الأصبع كما تشير لذلك الدراسات.

إن عادة مص الإبهام أو الأصابع ظاهرة شائعة بين الأطفال، فهي مقبولة من الناحية الطبية لمن هم دون سن الثالثة. أما بعد سن الرابعة فقد يكون تعلق الطفل بإبهامه أو بأصابعه هو المؤشر الوحيد على وجود قلق نفسي أو اضطراب عاطفي عند الطفل. إن ١٠٪ من الأطفال ما بين ٦-١٢ سنة مبتلون بهذه العادة. قد يصاحب هذه الظاهرة عادات مضطربة أخرى.

ويحاول الطفل - دون أن يعي - التخفيف من حدة التوتر الذي يحس به. والطفل الذي يمص إبهامه أو أصابعه يحاول تهدئة نفسه ويترك مشاكل عديدة تنشأ وهي :

- سوء إطباق الأسنان الدائم هذه أهم مشكلة جسدية قد تنجم عن عادة مص الإبهام لفترات طويلة ومستمرة خصوصاً إذا استمرت هذه العادة بعد سقوط الأسنان اللبنية وظهور الأسنان الدائمة، إن درجة سوء إطباق الأسنان الناجم

عن مص الإبهام متفاوتة في شدتها حسب عوامل كثيرة منها: قوة ومدة وكثرة أو قلة مص الأصابع / الإبهام. وقد يصل سوء إطباق الأسنان إلى مرحلة متقدمة تبرز فيها الأسنان العلوية للأمام بشكل واضح كما ينحرف الفك العلوي للجهة التي يوضع فيها الإبهام. كما أنه عند إطباق الفكين تظل هناك فجوة واضحة بين الأسنان. إن حالات مص الإبهام الشديدة قد تسمع من الغرفة المجاورة مثلاً.

- عادة مص الإبهام قد تخل بالنشاط اليومي للطفل: فالطفل الذي يشغل ذهنه وقواه العقلية بأصبعه وفمه فقط لن ينتبه للأمور الأخرى المحيطة به وعدم الانتباه هذا سيقلل من تفاعله مع الآخرين: فاستخدامه ليديه سيقل لأن إحداهما في فمه. ويقل أيضاً استخدامه لفمه ولسانه مما قد يؤثر على لغته وتطور قدرته التعبيرية في التفاعل مع الآخرين، وبالمجمل فإن مشاركته الجسدية واللغوية تقل.
- إن لعادة مص الإبهام مردود نفسي سيء على الطفل وذلك لشعور الأبوين بالضيق والحرج لتصرف الطفل لا سيما أمام الناس، وهكذا ينعكس على تصرفاتهما معه والتي قد تتصف بالقسوة وتتخذ من الزجر والتقريع (ولربما الضرب أحياناً).

متى يبدأ الاهتمام بمص الإبهام؟

أفضل وقت لأن يعار هذا الأمر الاهتمام هو عندما يبدأ الطفل عامه الأول، لا بعد أن ينجح في هذه المحاولات. ذلك إذ الكثيرين من الأطفال لا سيطرة لهم على أذرعهم خلال الأشهر القليلة الأولى، فنلاحظ الواحد من هؤلاء الأطفال يجاهد لرفع يديه فاتحا فمه بحثا عنهما. فإذا أسعفه الحظ والتقط إحدى يديه بفمه، فانه يسارع إلى مصها بقوة ما دامت داخل فمه. ومن الواضح أن طفلا كهذا، مثله مثل الطفل المتعود مص الإبهام، يحتاج إلى مزيد من المص من الثدي أو الزجاجة.

والأشهر الثلاثة الأولى هي الفترة التي يحتاج خلالها الطفل إلى أكبر قدر من المساعدة. لأن حاجته إلى المص حينئذ تكون في أوجها. وبعد انقضاء هذه الفترة

تأخذ حاجته إلى الثدي شيئا فشيئا تتضاءل إلى أن تزول نهائياً لدى معظم الأطفال في الشهر السادس أو السابع، وليس الاستمرار في المص بعد الشهر السادس دليلاً على الحاجة إلى المص بقدر ما هو دليل على الحاجة إلى التسلية.

علاج عادة مص الأصبع:

عادة ما ينصح الآباء بإهمال شأن هذه العادة لأن معظم الأطفال يتخذونها وسيلة لتخفيف حدة توترهم، والطفل يقلع عنها عندما يحس بالطمأنينة التي تعوضه عن اللجوء لهذه العادة لتهدئة نفسه. ومن المهم أن يدرك الأبوان أن أي محاولة علاج مصيرها الفشل - في غالب الأحيان - ما لم يكن الطفل قد وصل إلى سن معينة يستطيع معها أن يدرك المشاكل الصحية التي قد تنجم عن عادة مصه إبهامه وبالتالي استنفار دوافعه الذاتية لوقفها. وقبل استشارة الطبيب، كثيراً ما يحاول الأهل اللجوء إلى أساليب متنوعة مثل: لف يد الطفل أو ربطها، إلباسه قفازاً، وضع مواد حارة (كالفلفل) أو مواد مرة الطعم أو الاستعاضة عن الإبهام بالمُسكِتة "المصاصة". وما لم يدرك الطفل جيداً سبب اختيار الوسيلة العلاجية ووجود رغبته في المشاركة في المعالجة، فإنه بلا شك سينظر لهذه الوسيلة العلاجية كعقاب مما قد يزيد من ردود فعله السلبية ويرفع من حد توتره.

ومما ينفع في معالجة عادة مص الأصبع:

- تحديد سبب توتر الطفل والذي قد يدفعه لمص إبهامه، ويكون ليس بمساءلته بل بمراقبة سلوكه في البيت وملاحظة الحوادث التي تزيد من مصه إبهامه. فمثلاً: قد يكون إفراطهم في مداعبة أخيه الأصغر وإهمالهم له السبب المؤدي لتوتره ومن ثم يحاول الأبوان - ما أمكن - العمل على تفادي أو التقليل من بروز العامل المسبب لتوتر الطفل.
- على الأهل العمل على ضبط مشاعرهما أمام الطفل وعدم التصرف بانفعال عند رؤيته يمص إبهامه وعدم محاولة ضربه أو زجره خصوصاً أمام الآخرين أو محاولة جذب أصبعه خارج فمه (يستثنى من هذه الحالة الأخيرة: أثناء نوم الطفل ولا بأس من إخراج إبهامه من فمه برفق). كما لا يجوز جعل الطفل أضحوكة في البيت بسبب هذه العادة.

• زيادة الوقت الذي يقضيه الوالدان مع الطفل وملء هذا الوقت بما يشغل الطفل من أمور نافعة تتناسب مع عمره كاللعب أو التدريس مثلاً.

• محاولة إشغال يدي الطفل معظم الوقت - ما أمكن - باللعب أو الكتابة وذلك بما يناسب سنه.

• إعادة تشكيل سلوك الطفل: وذلك بتعزيز سلوك الطفل في الفترات التي لا يمص فيها إبهامه: فمثلاً كلما زادت الفترات التي يقلع فيها عن مص إبهامه خلال فترة زمنية معينة أسبوع مثلاً أو قل عدد المرات التي يمص فيها إبهامه في الفترة نفسها يعطى الطفل جائزة معنوية أو مادية: كأن يعطى كل أسبوع شارة (نجمة ورقية ذهبية اللون) تلصق في كراس خاص له وعندما يجمع عدداً معيناً منها يعطى جائزة بسيطة: كقلم أو قصة للأطفال لتشجيع سلوكه للإقلاع عن مص أصبعه.

أسباب مص الأصبع:

يعتبر مص الأصبع بحد ذاته دافعا قويا عند الأطفال الصغار، حتى أن بعض الدراسات أظهرت أن بعض الأجنة تمص أصابعها وهي في بطون أمهاتها، وتتعدد الأسباب التي يمص الأطفال من أجلها أصابعهم ولعل من أهمهما:

• الإحساس بالسعادة والدفء والرضا و المتعة عند مص الأصبع.

• ممارسة المص تمنح الطفل الراحة والاسترخاء.

• شعور الأطفال أثناء مص الأصابع بالمتعة، والسعادة، والراحة، والاسترخاء، واللعب، والحركة، ولذلك يقبلون على تكرارها باستمرار.

• الحاجة إلى المص غريزة تتطلب الإشباع الكافي من خلال الامتصاص للطعام فإذا لم يحدث الإشباع الكافي فأنه يستكمل عن طريق مص الأصابع، أو مص الزجاجة الفارغة أو أي شيء يمكن أن يجده حوله.

• يساعد المص الطفل على النوم.

• قد يكون علامة على شعور الطفل بالملل وعدم الرغبة في اللعب بما لديه من ألعاب.

- وقد يبدأ الطفل بمص أصابعه بعد أن يتوقف عن ذلك لفترة طويلة كحالة نكوص عندما يولد طفل جديد في الأسرة أو عندما تحصل مشكلة حول الطفل تؤدي إلى قلقه وخوفه.
- قد يكون أحيانا مجرد علامة على الجوع(محمد، ٢٠٠٨).
- يمكن اعتبار القلق أحد الأسباب الرئيسة الكامنة وراء عادة مص الأطفال للأصابع، فالطفل في أثناء وجودة في جو مشحون بالانفعالات والقلق، ووجود أفراد عصابيين من حوله يجعله يكتسب هذه العادة لتصبح سلوكاً ظاهراً لديه.
- إن الأطفال الذين يتناولون غذاءهم عن طريق الزجاجة سيكونون أكثر ميلاً إلى عملية الامتصاص لكونهم يحصلون على الغذاء بطريقة أسرع، بينما الأطفال الذين يتناولون غذائهم عن طريق الثدي يكونون أكثر ميلاً من الجميع إلى عملية المص (محمد، ٢٠٠٨).
- إن أساليب المعاملة الو الدية والتي تكون غير مناسبة أحياناً كالنقد، أو القسوة، أو التدليل الزائد، أو التضارب في أساليب المعاملة بين الأم والأب. كل ذلك يؤدي إلى ظهور عادة مص الأصبع، أو التغذية غير الكافية، أو التي تتم على فترات متباعدة أو حرمان الطفل من الطعام، كل ذلك يؤدي إلى لجوء الطفل إلى عملية مص الأصابع بالرغم من أنها لا تؤدي إلى إشباع حاجة الجوع لدية (العيسوي، ١٩٩٠).
- كما أن الإصابة ببعض الأمراض الجسمية مثل ضيق التنفس، والتهاب اللوزتين، والإصابة بالزوائد الأنفية، وسوء الهضم، واضطرابات الغدد، من شأنها أن تؤدي إلى ظهور عادة مص الأصبع (العيسوي، ١٩٩٠).
- إن عدم الاستقرار الناجم عن شعور الطفل بالعجز الجسمي أو العقلي (وما يصاحبه من ضعف في التركيز)، بالإضافة إلى حالات التخلف العقلي التي تؤدي إلى عدم استقرار الحركات العصبية لدي الطفل، كل ذلك يمكن أن يؤدي إلى عادة مص الأصابع (شيفر، وآخرون، ٢٠٠٥).
- يعد مص الأصبع مؤشرا على وجود حالة عقلية غير سوية يجب الاهتمام بها ومعالجتها، وغالباً ما يلجأ الطفل إليها في حالات الحرمان وفي مواقف

الغيرة، وهو موقف انسحابي يبعد الطفل عن مواجهة الواقع. وغالباً ما تكون هذه الظاهرة بمثابة مؤشر على حالات سيصاب فيها الطفل في الكبر، ومنها الخجل والعزلة، وسرعة التأثر وشدة الحساسية.

- قد يكون مص الأصابع استجابة لفطام فجائي مبكر جداً، أو نتيجة معاناة لمشاعر الإهمال في موقف الرضاعة أو لمشاعر التهديد أو النبذ.
- الدلالة على عدم التوافق الانفعالي.

طرق الوقاية:

- إعطاء مصاصة كبديل: وهذه تستخدم كبديل ناجح، وعادة يقلع الأطفال عنها ببلوغهم سن الثالثة، ولكن ذلك لا يحدث في حالة الإبهام، ويؤدي إلى تشوه أقل منه في حالة الإبهام، حيث أنه يعتقد أنها قد تصحح تشوه الانغلاق عند الأطفال.
- التسامح: فلا يحدث الأبوان ضجة في حالة مص الطفل لإبهامه وهو صغير دون الرابعة، لأنه عادة يقلع عنها بعد هذا السن.
- توفير الأمان: كلما شعر الطفل بالأمان قلت حاجته إلى البحث عن الراحة بمص إبهامه لأن أي مصدر للتوتر يجعل الطفل يبحث عن الأمن والذي قد يكون بمص إبهامه وبالتالي توفير جو من الراحة والأمان يساعد في الوقاية من هذه العادة.
- إطالة مدة الرضاعة: إذا كان الطفل يمص إبهامه فور انتهائه من الرضاعة فيستحسن إطالة مدة الرضاعة ويتضمن ذلك إطالة فترة الرضاعة وتأخير الطعام.

العلاج:

- التجاهل: ذلك للأطفال دون سن السادسة، لأن معظمهم يقلعون عن هذه العادة تلقائياً ولأن المبالغة في مكافحة هذه العادة تزيد في تعقيد المشكلة وتضخمها، وعلى ذلك فإن من الأفضل اتخاذ موقف متسامح حتى يشعر الطفل أن المص قضية غير مهمة، وأظهر حبك له والتفاهم الواسع، وخفف من توتره، ولا تلجأ إلى إجراءات تأديبية عنيفة حتى لا يؤثر ذلك على نفسية الطفل.

- التدريب على زيادة مدة الوعي بحيث يعي لنفسه عند قيامه بهذا السلوك ويخبر نفسه أنه يريد التخلص منه.
- توفير وسائل النشاط المختلفة للطفل، وإتاحة الفرصة له لممارستها، وتخليصه من مشاعر الخوف المتزايدة، وإدخال السرور إلى قلبه.
- استخدام الأسلوب الإيحائي كتسجيل أسطوانة تحمل عبارة - لن أمص أصبعي فهذه عادة قذرة - أو أنا كبرت ولن أقوم بهذا السلوك من جديد، وتوضع لبعض الوقت قرب السرير أثناء النوم، مع الإشارة إلى بعض الملصقات.
- تجنب وضع المواد الكريهة على أصابع الطفل كي يتجنب المص، لأنها تحمل في طياتها معنى المنع القسري.
- التوجيه: من المفيد أن يعلم الطفل مخاطر هذه العادة، ويطلع على النتائج السلبية لها، فيطلب من والديه التعاون معه للتخلص منها.
- الثواب والعقاب: لقد أثبت الثواب جدواه، سواء أكان مديحاً أم هدايا تقدم للطفل، وتعتبر المأكولات بديلاً عن المص وهي نوع من الفطام عنه، فيستحب مكافأة الطفل كلما وجد أصبعه جافاً، وتعديد أشكال الثواب، بالإضافة إلى جدوى وجود عقوبة بسيطة لكل مرة يضبط فيها الطفل وهو يمص إبهامه، كحرمانه من بعض الحلوى أو إغلاق التلفاز مثلاً.

وهناك أساليب أخرى يفضل أن تقترن بإجراء الثواب والعقاب منها:

- التذكير: تذكير الطفل بوقف المص كلما قام بذلك.
- الحرمان: حرمان الطفل من شيء مفضل لديه.
- الاستجابة المنافسة: وذلك بأن يعلم الطفل أن يقوم بأعمال أخرى بنفس اليد عندما يشعر بحاجته للمص.
- أجهزة تركب على الأسنان: وهي من أنجح السبل لإيقاف المص وهو جهاز يوضع على سقف الحلق فيمنع تلامس الإبهام مع سقف الحلق.
- الانتزاع: فإذا مص وهو يحمل مخدة ننتزع المخدة.
- إجراءات مقيدة (مادة لزجة، قفاز، ربط الذراع)، أدوات تركب على الأسنان.

ثانياً: قضم الأظافر

يعتبر قضم الأظافر من اضطرابات الوظائف الفموية مثل عدم الإحساس بالطعم او عدم القدرة على البلع واغلب الأطفال ممن يقضمون أظافرهم قلقون ويقضم الطفل في الغالب أظافره ليتخفف من حدة شعوره او ينجو من القلق او يتخفف منه.

وهناك دلائل تفيد بأن قضم الأظافر غير مرتبط بمرض او مرض نفسي ولا بسمات شخصية معينة إلا انه يزداد لدى الأطفال المعتادين عليه في فترات الملل والضجر والغضب و قضم الأظافر يظهر واضحاً لدى الأطفال قرب الرابعة والخامسة من العمر ويستمر إلى فترات متقدمة من العمر فنسبته لا تقل عن ١٠٪ من الأفراد تبقى لديهم تلك العادة قرب العشرين من العمر (محمد، ٢٠٠٨).

يشخص الخبراء عادة قضم الأظافر بأنها طريقة تريح توتراً أو حالة متأزمة في مرحلة الطفولة وكل الأطفال يتعرضون لحالات توتر، عند تعلم هواية جديدة مثلاً، أو الانتقال إلى مدرسة جديدة، أو الشعور بالخجل، وإذا كان الطفل يقضم أظافره في حالة كهذه فليس هنالك ما يستدعي القلق، وفي أي حال فإن الطفل سيتوقف عن هذه العادة بمفرده، لكن إذا استمر بطريقة ملحوظة، فهناك طرق مختلفة لمساعدته.

وقد وجدت الدراسات أن هذه الظاهرة أكثر شيوعا بين الإناث منها بين الذكور، وتظهر الدراسات أن الذكور يقضمون أظافرهم بشدة أكثر من البنات في الأعمار ما بين ٧-١٥ سنة، أما في عمر أقل من سبع سنوات فيبدوا أن الذكور أقل قضما من البنات.

أسباب قضم الأظافر:

يرى العديد من الباحثين أن ظاهرة قضم الأظافر تعد طريقة للتخلص من التوتر والقلق كما تعد أيضا تعبيرا عن العدوان المكبوت والتكيف الوجداني السيىء، وبشكل عام يمكن الإشارة إلى الأسباب التالية كأسباب لها علاقة بهذه الظاهرة:

أولا: أسباب جسمية وراثية

فقد تكون لدى الطفل حالة جسمية يتسبب عنها عدم الاستقرار والعصبية مثل الإصابة بالديدان، وتضخم اللوزتين، أو الزوائد الأنفية إلى جانب سوء الهضم والاضطرابات الغددية وكل ما يؤثر في الصحة العامة تأثيرا سيئا، أما من الناحية الوراثية فقد يرث الطفل بعض الخصائص التي تساعد على تكوين العصبية أو عدم الاستقرار عنده، وهذه الخصائص الوراثية تتفاعل مع البيئة وتكون حلقة متصلة تقوي كل منها الأخرى.

كما قد تصاحب العصبية وعدم الاستقرار بالضعف العقلي في بعض الحالات، إذا أن المتأخرين عقليا يبدون أقل من غيرهم قدرة على توجيه نشاطهم، وضبط حركاتهم، لذا نجدهم متأخرين في النمو الحركي، كما أن عدم قدرتهم على مسايرة زملائهم في ألعابهم وحركاتهم ونشاطهم يجعلهم يتضايقون، ويتصفون بالعصبية وتزداد حالتهم سوءا مما يجعلهم يقضمون أظافرهم.

ثانيا: الأسباب النفسية ومنها

- سوء التوافق الانفعالي: قد يقوم بعض الأطفال بقضم الأظافر رغبة في إزعاج الوالدين ويحدث تثبيت في تلك العادة نتيجة ممارسته المتكررة ورغبته الملحة في إزعاج الأهل متصوراً ان في ذلك عقاباً لهم.
- عقاب الطفل لنفسه: يفسر البعض قضم الطفل لاظافره انه عقاب للذات نتيجة شعوره بالسخط على والديه وعدم استطاعته تفريغ شحنته منهم فيرى تفريغ الشحنة او جزء منها في نفسه ومن ثم تتجه عدوانيته في اتجاهه وليست في اتجاههم.
- إحاطته بتوقعات اكبر من إمكاناته: إذا استمر الأهل والمدرسون في رفع مستوى مطالبهم عما يمكن ان يؤديه الطفل بأنه يخشى ألا يتمكن من تحقيق أي شيء ويبدو عليه الخوف الذي ينعكس في صورة توتر وقلق.
- الدوافع الانفعالية والعدوانية المرتبطة بالناحية الفسيولوجية.
- عدم إشباع حاجات الطفل النفسية الأساسية من الأمن والحب والاستقلال، مما قد يولد الإحباط الشديد، فيدفعه إلى قضم الأظافر.

• شعور الطفل بالدونية والنقص واحتقار الذات النابع من شعوره بالتهديد المستمر من العالم الخارجي، والذي يتمثل في السلطة الوالدية، مما يهدد أمنه ويشعره بالخوف والقلق والنظرة السلبية للبيئة المحيطة به.

ثالثا: أسباب أسرية اجتماعية

• انتشار أساليب المعاملة الخاطئة من قبل الوالدين من تسلط وقسوة، مما يؤدي إلى مشاعر الخوف والقلق، وعدم الشعور بالأمن، مما يترتب عليه تعرض الطفل للاضطراب النفسي، وتظهر لديه مشكلة قضم الأظافر.

• انخفاض المستوى الاقتصادي للأسرة او نتيجة لضعف مستواها الثقافي او التعليمي وعدم تعويد الأبناء توخي النظافة خاصة حينما يأكلون.

• تقليد الآخرين: وجود النماذج التي تمارس سلوك قضم الأظافر من الجوانب المهمة ليس فقط في انتشار تلك العادة بل أيضا في تثبيتها او على الأقل تأخر عدول الطفل عنها.

• ضعف رقابة الوالدين والسماح للأبناء بهذه الأفعال دون إرشادهم وتوجيههم.

• تفكك الروابط الأسرية وانهيار الجو العائلي، سواء بالطلاق أم بالانفصال.

الإجراءات الوقائية التي يمكن إتباعها من اجل التقليل من مشكله الطفل:

لا بد من المحافظة على أظافر الطفل مقصوصة بحيث لا يكون لها حواف تستدعي الطفل إلى التخلص منها، ويمكن إتباع الإجراءات الوقائية التالية أيضا:

• الحنان والعطف من قبل الوالدين.

• تخفيف كثرة الانتقاد وتخفيف لائحة الممنوعات.

• إعطاء الطفل الوقت والحرية لممارسة اللعب واللهو دون الخوف من العقاب.

• جعل الطفل يعيش طفولته كاملة.

• تزويد الأبناء بالغذاء الصحي المناسب الذي تواكبه مجموعة من العادات السلوكية التي تعبر عن النظام والتعامل مع الطعام بذوق.

للتعامل مع مشكلة قضم الأظافر يمكن استخدام ما يلي:

- تقليم الأظافر أولا بأول: قص الأظافر وعدم تركها تطول لا يجعل الطفل يقضمها بأسنانه.
- استخدام أسلوب التشتيت يصرف نظر الطفل عن هذا السلوك بأمر يحبه مثل إعطائه قصه ان كان يحب القراءة او تكليفه بمهمة تستدعي الخروج وركوب الدراجة . . . . . وهكذا.
- إبعاد الطفل عن الإثارة المستمرة: إن السبب الرئيسي لهذه العادة هو التوتر الشديد ولذلك فان الراحة والهدوء والاسترخاء من الأمور الناجحة للتغلب عليها، ولن يكون ذلك إلا إذا توافر الجو غير المشحون الخالي من التوترات والمنازعات مع الحذر في الإفراط في مراقبة الطفل وكذلك التقليل من وجوده في جو الصخب المستمر من الإذاعة والتليفزيون او أجهزة التسجيل.
- استخدام القيود: يمكن غمس أصابع الطفل في زيت الزيتون من اجل عدم جفافها والإقلال من التهيج فيها.
- المكافآت والتعزيز: تفيد المكافآت المادية والمعنوية في تعزيز بعد الطفل عن قضم أظافره والثواب يلعب دوراً أهم من العقاب.
- تسجيل الطفل لمشكلته: في حاله الأطفال الأكبر سناً يكون من المفيد لن يسجل الطفل الحالة او الموقف الذي يسبق مباشرة قضمة لأظافره لكي يمكن تحاشي هذه المواقف. ويمكن ان يعاونه في ذلك الأب او الأم وبخاصة إذا كان صغيراً.
- توجيه الطفل: يجب لفت نظر الطفل لضرورة إقلاعه عن هذه العادة المنبوذة من الآخرين مع التذكير بذلك وبطرق مختلفة .
- الإيحاء واستخدام أجهزة التسجيل: من الأدوات المميزة لتسجيل جمل مثل (لن أقضم أظافري) وذلك على الأشرطة قبيل الدخول في النوم مباشرة .
- ممارسة الأنشطة: ان الطفل لا يلجأ إلى قضم أظافره إذا كان مشغولاً في أداء أو عمل أو نشاط، ومن المفيد تحويل نشاط الطفل الشاذ إلى مسارات أخرى تمتص الطاقة والتوتر ويفيد ذلك لأطفال ما قبل المدرسة العاب العجين وطين

الصلصال والعاب الرمل والماء مع شغل الطفل بالنشاط اليدوي الذي يؤكد إمكاناته في الانجاز وإنها مهمة.

- الاسترخاء وان تقول له عندما يبدو عليه النعاس - أنت ذكي وغدا تكبر ولن تقضم أصبعك بعد الآن-
- إرشاد الوالدين لإشباع حاجات الطفل النفسية من الأمن والحب والتقبل والتقدير.
- على الأسرة توفير جو من الاستقرار العاطفي للطفل، واستبعاد أي عوامل قد تثير القلق والتوتر لديه.
- تشجيع الوالدين على استخدام أساليب التنشئة أو الوالدية السوية، وعدم استخدام أساليب غير سوية، كالقسوة والنبذ والإهمال.
- تعاون الأسرة والروضة لمساعدة الطفل في التخلص من مخاوفه، ومنحه الثقة بالنفس والأمان.
- عدم التفرقة في المعاملة بين أطفال الروضة لتجنب شعورهم بالغيرة التي قد تؤدي إلى النكوص.
- مساعدته للتعرف على عادته السيئة: تشجيع الطفل للتعرف على عادته السيئة ففي أحيان كثيرة نجده شارد الذهن ويبدأ بقضم أظافره، لذا نتفق معه على حركة سرية لتنبيهه إذا لم ينتبه لما يفعل فمثلاً إذا كان يقضم أظافره وهو يشاهد التلفزيون، فندعه يلعب بسيارة صغيرة وهو يشاهد برنامجه أو يحتضن دبه الصغير ليجعل يديه مشغولتين ولا يقضم أظافره .
- لا للعنف نبتعد عن أساليب العنف أو الجارحة لمشاعره فمثلاً استخدام الفلفل الحار لدهن أطراف أصابعه، أو طلاء أظافره بمادة ذات مذاق مر، أو مادة ملونة، أو ضربه على يده، كل هذه الأمور المحزنة ستؤثر في نفسية الطفل تأثيراً كبيراً، وقد تزيد الحالة سوءً.
- ملحوظة مهمة جداً: هي ملاحظة إذا بدأ الطفل بقضم الجلد المحيط بالظفر، أو بدأت أظافره تنزف، فما علينا إلا الاستعانة بطبيب مختص لمعالجته من هذه الحالة.

• الاستشارات النفسية: في الحالات غير العادية يمكن التوجه للمتخصصين لاتخاذ التدابير اللازمة لإقلاع الطفل عن تلك العادة

ثالثاً: مشكلات الكلام واللغة

تعتبر اللغة وسيلة الاتصال والتخاطب بين الناس، وهي سبيل التفاهم بينهم، والأطفال يستجيبون للغة التي ترد إلى مسامعهم قبل ان تتولد لديهم القدرة على استخدامها.

العوامل المؤثرة في نمو لغة الطفل:

١- النضج والعمر الزمني:

يتهيأ الطفل للكلام عندما تكون أعضاؤه الكلامية ومراكزه العصبية قد بلغت درجة كافية من النضج. فالطفل لا يستطيع تعلم الاستجابات اللغوية إلا بعد ان يصل من العمر والنضج إلى حد كاف يسمح له بتعلمها ,ويبدأ الطفل بنطق الكلمة الأولى غالبا في نهاية السنة الأولى من عمره. وما أن يصل العام السادس حتى يصبح عدد مفرداته (٢٦٥٢) مفرده. ويتركز الكلام حول الذات في عمر من (٥-٦) سنوات، ويأخذ طابعا اجتماعيا كلما تقدم في العمر.

٢- الذكاء:

ان ذكاء الطفل يكيف إلى حد ما السرعة التي يستجيب بها جهازه الصوتي للنطق بالكلام,كما يكيف مدى قدرته على استخدام لغة الحديث,حيث تبين البحوث أن الطفل ضعيف الذكاء أبطأ من الذكي في حديثه وانه كذلك أقل قدرة على التمكن من الكلمات والتراكيب. ومن هنا كان للقدرة اللغوية دلالتها على ذكاء الفرد.

وكثيرا ما نلاحظ ان الطفل ضعيف القدرة على استخدام اللغة يكون ضعيفا في ذكائه العام. فالتأخر اللغوي الحاد يرتبط ارتباطا كبيرا بالضعف العقلي. ومما يجدر ذكره أن التخلف في النمو اللغوي ليس سببه تخلفا في الذكاء دائما، فقد تكون له أسباب أخرى فسيولوجية او عصبية او إنفعالية او بيئية او غيرها من الأسباب، إلا أن العكس صحيح وهو أن تأخر الذكاء يؤدي إلى تأخر الكلام.

٣- الصحة:

لقد أثبتت الأبحاث ان هناك علاقة ايجابية كبيرة بين نشاط الطفل ونموه اللغوي، فكلما كان الطفل سليما من الناحية الجسمية كان أكثر نشاطا، ثم يكون أكثر قدرة على اكتساب اللغة. وتؤشر الحالة الصحية للطفل على اغلب عمليات النمو المختلفة، وبالتالي قد تؤثر مظاهر النمو هذه على تقدم لغة الطفل، فقد وجد أن أي تأخر في النمو الحركي في مرحلة الطفولة المبكرة بسبب المرض ينتج عنه قلة اللعب بالأصوات في المرحلة الخاصة به.

٤- الجنس:

لم تتفق الدراسات التي أجريت فيما يخص علاقة اللغة بجنس الطفل على نتيجة واحدة حول دلالة الفروق في النمو اللغوي بين البنين والبنات. فقد وجدت بعض الدراسات ان النمو اللغوي عند البنات أسرع منه عند البنين ولا سيما في السنوات الأولى من العمر. في حين أظهرت دراسات أخرى عدم وجود فروق بين البنين والبنات.

٥- المهارات الحركية:

يرتبط النمو اللغوي في تطوره بمظاهر نمو المهارات الأخرى. وقد أظهرت الدراسات ان نمو اللغة يوازي نمط النمو الحركي. وفي نمو الكلام فان النمط يسير في اندفاعات يليها فترات سكون او تسطحات - أوقات لا يظهر فيها تحسن واضح - وعندما تتكون مهارة حركية جديدة فانه يحدث تسطح مؤقت في نمط النمو اللغوي. ويبدو ان الحث على السير يكون أقوى من الحث على الكلام بين العمر (٩ - ١٨شهرا). وبعد ان يصبح المشي آليا فان انتباه الطفل يتركز على الكلام فتحدث زيادة في سرعة الكلام. وعندما يذهب الطفل إلى المدرسة فان شوقه للتعلم يمنحه دفعة جديدة لتعلم كلمات جديدة.

٦- الوسط الاجتماعي والحالة الاقتصادية:

وجدت رابطة قوية بين الحالة الاجتماعية والوضع الاقتصادي والبيئة ومدى تأثيرهم في تنمية مهارات الطفل اللغوية. علاوة على ذلك، فإن الأطفال الأشد فقرا تتدنى مهارتهم اللغوية، في حين إن أطفال البيئة الاجتماعية الموسرة يتكلمون تلقائيا ويعبرون بوضوح عن آرائهم.

متطلبات النمو اللغوي:

١- سلامة الجهاز الحسي السمعي والبصري.
٢- الانتباه .
٣- سلامة التفكير.
٤- الذاكرة.
٥- تكوين المفاهيم.
٦- المهارات البصرية وتشمل التمييز والتعرف والاستيعاب والتذكر والتحليل.
٧- المهارات السمعية وتشمل التمييز والتعرف والاستيعاب والتذكر والتحليل.
٨- التعبير الإيمائي.
٩- التعبير اللفظي.
١٠- القراءة.
١١- الكتابة.

مراحل تطور النطق واللغة والكلام في سن الروضة

من سنتين ونصف- ثلاث سنوات	يسال أسئلة أساسية يستخدم الضمائر (أنا، الياء المتصلة، أنت، لي، هو، هي)، يبدأ باستخدام الملكية، الإجابة عن تساؤلات (من، لماذا، أين) في عمر ثلاث سنوات، التأشير لعشرة مجسمات مثلا عند سؤاله ارني الشيئ الذي تأكل به؟ يدرك الفرق في الكمية (كثير وقليل)، يستخدم ثلاثة حروف جر (من، على، تحت) ويستخدم الطفل في هذه الفترة تقريبا ٥٠٠كلمة.
من ثلاث ونصف إلى أربع سنوات	التطور الملحوظ في المحادثة، وجود بعض الأخطاء القوا عدية يستخدم جملا مكونة من (٤- ٧) كلمات، ويسأل كيف متى؟ لماذا؟ يستخدم لان. . . ، ومن الممكن إن يسرد قصة قصيرة بأحداثها ولكن ينقصها المغزى ومعرفة الشخصيات، يتبع التعليمات التي تحوي ثلاثة طلبات، يستطيع إن يكمل حوارا لغويا بسيطا.
٤- ٥سنوات	معدل طول جمل الطفل من ٥- ٨كلمات، يسال عن معاني الكلمات يحكي قصة طويلة نسبيا يستخدم الأفعال المستقبلية مثل سوف، نحويا يمكننا اعتباره يتحدث مثل أفراد الأسرة مستخدما اللغة التمثيلية.

أسباب اضطرابات النطق واللغة:

١- الأسباب العصبية: وترتبط هذه الأسباب بوجود تلف او خلل في الجهاز العصبي المركزي إصابة إما قبل وأثناء او بعد الولادة لأنه هو المسؤول عن النطق واللغة مثال الشلل الدماغي، الافازيا......الخ.

٢- الأسباب العضوية التكوينية: ترجع هذه الأسباب إلى وجود عيوب في الحنجرة وأوتارها ومزمار الحلق والفكين وتشوهات الحلق والأنف والشفتين واللسان والشفة المشرومة وعدم تناسق الأسنان وقد ترجع هذه الاضطرابات إلى عدم نضج أنسجة الحلق والشفاه او لقصر القطعة اللحمية المربوطة باللسان او إلى تعرض أجهزة اللفظ إلى الصدمات.

٣- أسباب ترجع إلى الجهاز الحسي ومن أهمها:

- وجود نقص في قدرة الفرد على السمع.
- صعوبة في تميز الأصوات.
- فقدان البصر او ضعفه.

٤- التخلف العقلي: المتمثل في ضعف الذكاء والتركيز والانتباه.

٥- الأسباب النفسية: وترتبط بأسباب التنشئة الأسرية المتمثلة في الدلال والحماية الزائدة والرفض والتمييز بين الإخوة والعقاب الجسدي والنفسي.

٦- الأسباب التعليمية: وتتمثل في التعلم الخاطئ وفي الفشل وأنماط التواصل غير السليمة.

٧- أحداث الحياة: تتمثل في العوامل البيئية المختلفة والثقافية المضطربة مثل الحرمان وعدم توفير الإثارة الكافية والمفاجآت التي تؤثر على حياة الطفل ومن الأمثلة على هذه الأحداث:

١) موت احد أفراد الأسرة وخاصة احد الوالدين.

٢) قدوم مولود جديد ينافس الطفل في اهتمام العائلة.

٣) غياب الوالدين او احدهما من البيت لفترة طويلة.

٤) تدخل العاملات في تربية وتنشئة الأطفال.

٥) انفصال الوالدين.

البيئة المحيطة بالطفل ودورها في حدوث اضطرابات النطق:

ا- تعتبر الأسرة أول بيئة تربوية يوجد فيها الطفل ويتفاعل معها، فهي التي توفر له الحماية والأمن وهى المسئولة عن توفير كل الاحتياجات اللازمة له طبقاً للمرحلة العمرية التي يمر بها.

ب- أساليب معاملة الوالدين للطفل تعد بمثابة المرآة التي تتضمن أحكاماً عن قيمة ومكانة الطفل داخل الأسرة، فإحساس الطفل بقيمته مرتبطاً بمدى شعوره بالنقصّ أو شعوره بالثقة، حيث يدعم هذه الأحاسيس سلوك الوالدين تجاه طفلهم، فكلما زاد إحساس الطفل بقيمته وأهميته في المحيط الاجتماعي الذي يعيش فيه كلما دعم هذا من ثقته بنفسه ومن قدرته على الاعتماد عليها.

ج- تؤثر الاتجاهات الوالدية الخاطئة التي ينشأ فيها الطفل من تدليل زائد، وحنان مفرط، أو صرامة زائدة إلى حد القسوة، في وجود علاقة غير سوية بين الوالدين والطفل، ينعكس أثرها بشكل سلبي على نطق الطفل. ومن بين العوامل البيئية الهامة التي يحتمل أن تؤثر على النطق عامل أساسي يتمثل في أنماط كلام الآخرين التي يتعرض لها الطفل أثناء تعلم الكلام وخصوصا الأم، وكميه الاستثارة والدافعية التي يحصل عليها الطفل خلال مرحلة نمو الكلام. كما أن انتقاد الوالدين لكلام الطفل و مطالبته بالكمال في النطق يؤدى بالطفل إلى تفادى وتحاشى الكلام أمامهم مما يساعد على ظهور اضطرابات النطق عند الطفل. والعلاقات الأسرية التي يشملها نوع من الفتور تؤثر بالسلب على علاقات الطفل المدرسية والمجتمع البيئي المحيط به، مما يؤدى في نهاية الأمر إلى سوء التوافق الاجتماعي وزيادة الاضطراب في النطق.

وتعد البيئة الأسرية عاملا أساسيا في مساعدة الطفل على النطق الصحيح حيث وجد أن أسر الأطفال ذوى اضطرابات النطق تتصف بالتالي:

- أساليب سيطرة والدية خاطئة وسوء استخدام قاعدة الثواب والعقاب.
- الاعتماد على حل الصراع الداخلي في الأسرة من خلال التهديد للطفل.
- عجز الاتصال بين الوالدين والطفل والتفاهم من خلال الكلمة والموضوع و التي تستبدل بشدة الأفعال والأصوات.

- صدور مقاطع كلامية تحمل معنى السخرية من الطفل أثناء الحديث معه مما يعوق تدفق أفكار الطفل ويجعله يتجنب الحديث أمامهم.

ويقع على عاتق معلمة الروضة والوالدين تقييم قدرة الطفل على الحديث من خلال التعرف على قدراته في اللغة الاستقبالية (القدرة على الاستجابة والاستيعاب) واللغة التعبيرية (القدرة على الحديث مع الآخرين والتواصل معهم).

ولتقييم اللغة الاستقبالية من عمر ثلاث سنوات فيجب ملاحظة ما يلي:

- يجيب عن السؤال بماذا.
- يجيب عن أسئلة بسيطة.
- يستخرج التفاصيل من الصور.
- يشارك في ألعاب جماعية.
- يشير إلى صورة شيء معروف عندما يوصف استخدامه.
- ينصت لقصة قصيرة بسيطة.
- يشارك البالغين الكلام.
- ينفذ تعليمات بسيطة.
- يستجيب بطريقة ملائمة للصفات.
- يضع الشيء في مكان متبعا ظرف المكان.
- ينفذ أمرين متتابعين مترابطين.
- يفهم الصور المركبة.

لتقييم اللغة الاستقبالية في عمر الأربع سنوات:

- يستمع لمدة خمس دقائق عندما يقرأ له قصة.
- ينفذ سلسلة من أمرين غير متقاربين.
- يقول الاسم كاملا عندما يطلب منه ذلك.
- يسمى ثلاثة ألوان.
- يفهم صيغة السؤال كيف.
- يفهم صيغة السؤال في الفعل الماضي.

- يعرف جنسه.
- يعرف الصيغة المستقبلية.
- يقلد العد إلى ثلاثة.
- يشير بدقة إلى أجزاء جسمه.
- يسمي أفراد عائلته.
- يفضل برامج تلفزيونية معينة.

لتقييم اللغة الاستقبالية في عمر خمس سنوات:

- يستطيع العد من ١-١٠ .
- يتبع التعليمات ذات الصيغة الشرطية.
- يردد حروف الهجاء.
- يفرق بين أصوات وسائل المواصلات.
- يتعرف على الحيوانات والحشرات الضارة والمؤذية.
- يفرق بين كلمة ناعم وخشن من حيث الملمس.
- يتبع التعليمات التي تلقى إليه.
- يندمج في لعبة فترة طويلة لا تقل عن ربع ساعة.
- يردد جماعيا مع الأطفال أناشيد وأغاني.
- الانتباه إلى أصوات السيارات عند عبور الشارع.

ولتقييم اللغة التعبيرية في عمر أربع سنوات:

- يجيب عن أسئلة بسيطة تستعمل صيغة السؤال كيف؟
- يستعمل صيغة الفعل الماضي.
- يشير إلى ولد بنت.
- يخبر عن التجربة الفورية.
- يستعمل صيغة المستقبل.
- يسمي ثلاثة أشكال هندسية.
- يستعمل بعض صيغ جمع التكسير الشائعة.

● يخبر عن حدثين في نفس الترتيب لحدوثهما.
● يعبر عن جنسه.
● يعبر عن رغبته أو عدم موافقته على الذهاب إلى مكان ما.
● يعبر عن شعوره بالبرد والدفء والجوع.
● يعبر عن شعوره بالحب.

لتقييم اللغة التعبيرية في عمر خمس سنوات:

● يستعمل كلمة استطيع/ أرغب في الكلام.
● يستطيع ان يجد أعلى وأسفل الأشياء عند الطلب.
● يستعمل النفي لا أريد/ لا أستطيع أن أفعل ذلك.
● يستطع أن يشير إلى أخطاء الصورة.
● يستعمل كلمات أخ / أخت / جد.
● يستخدم المتضادات الصيف حار / الشتاء بارد.
● يخبر قصة مألوفة بدون صور للتعليمات.
● معرفة الصورة التي لا تنتمي إلى المجموعات المتجانسة.
● يخبر كلمات لها نفس السجع أحمر / أخضر.
● يسمي ثمانية ألوان.
● يستعمل جمل مركبة.
● استدعاء ثلاثة أسطر من الذاكرة.

وفيما يلي أبرز الاضطرابات التي يمكن أن تصيب الأطفال في النطق والكلام واللغة والصوت

أولا: اضطرابات النطق Articulation Disorders

وتحدث بسبب مشكلات في حركات الشفاه واللسان والفك أو لأسباب بيئية مثل:

١- الحذف Omission حذف حرف أو أكثر.

٢- الإضافة Addition حيث يقوم بإضافة حرف أو أكثر إلى الكلمة.

٣- الإبدال Substitution تبديل حرف بحرف آخر من حرف الكلمة.

٤- التشويه Distortion تكون مخارج الحروف غير سليمة مثل إطلاقه لصوت الصفير عند محاولة نطق حرف السين.

ثانيا: اضطرابات الكلام Speech Disorders مثل:

١- السرعة الزائدة في الكلام Cluttering يكون المتكلم سريعا في نطق الكلام.

٢- التأتأة في الكلام Stuttering مثل يكرر المتكلم الكلام عدة مرات، أو قد يتردد في نطقه أيضا عدة مرات، قد يعمل على إطالة الأصوات أو يصدر المتكلم أصوات اعتراضية خاطفة أثناء الكلام (وسيتم استعراضها بالتفصيل).

٣- الوقوف أثناء الكلام Blocking يتوقف المتكلم عن الحديث في أثناء الكلام، الأمر الذي يشعر المتلقي أن المتحدث قد أنهى كلامه.

ثالثا: اضطرابات اللغة Language Disorders

من حيث انحرافها أو ضعفها أو تأخرها أو سوء تركيبها من حيث معناها وقواعدها أو صعوبة القراءة أو الكتابة مثل:

١- تأخر ظهور اللغة Language Delay يتأخر ظهور الكلمة الأولى التي ينطق بها الطفل عن المعدل الطبيعي لظهورها وهي السنة الأولى من عمر الطفل.

٢- فقدان القدرة على الكلام أو الحبسة الكلامية Aphasia وهنا لا يستطيع الطفل التعبير عن نفسه بصورة لفظية واضحة ومفهومة ولا يستطيع فهم اللغة المنطوقة من قبل الآخرين وتصاحب هذه الحالة مظاهر انفعالية غير عادية ويكون الفقدان للنطق إما فقدانا كليا أو جزئيا في اللغة التعبيرية ولها أشكال:

أ- حبسة بروكا Brocas وهي صعوبة في تحريك أعضاء الكلام والاستيعاب يكون سليما القراءة والكتابة سليمتان والمصاب يعي صعوبته وتؤدي إلى اضطرابات في اللغة التعبيرية.

ب- حبسة فيرنكه Werhickes ويظهر لدى الفرد في هذه الحبسة أذى شديد لاستيعاب الكلام وطلاقة في إنتاج الكلام ولكنه غريب ومن غير معنى وملئ بكلمات غير موجودة في اللغة وتشوه في القراءة والكتابة ويبدو المصاب غير واع لمشكلته وتؤدي إلى اضطرابات في اللغة الاستقبالية.

ج- حبسة النقل: هنا طلاقة في الكلام ولكنه إلى حد ما غير ذي معنى يمكن الإفصاح عن شيء من الاستيعاب والقراءة غير قادر على تكرار أشباه الجمل بشكل صحيح.

د- صمم الكلمة وهنا تلف في استيعاب الكلام، أما استيعاب اللغة المكتوبة فهو سوي وإنتاج اللغة اللفظية والكتابية سوي.

هـ- حبسة التسمية Dysnomia وهنا عدم القدرة على التفكير بكلمة محددة أو اسم شخص أو شيء أما الاستيعاب والمحادثة سليمان.

و- الحبسة الكلية: تلف حاد في جميع الوظائف المتصلة باللغة.

٣- صعوبة القراءة Dyslexia صعوبة في القراءة وهي من مظاهر اضطرابات صعوبات التعلم.

٤- صعوبة الكتابة Dysgraphia صعوبة في كتابة الكلمات أو الجمل بشكل صحيح.

٥- صعوبة تكوين الجمل Language Deficit صعوبة في تركيب وتكوين الجمل بشكل صحيح فهو يعمل على تركيب الجملة بشكل منحرف.

٦- صعوبة فهم الجمل والكلمات Agnosia صعوبة فهم معنى الجملة أو الكلمة التي يستقبلها من الآخرين، ويميل الفرد هنا إلى تكرار هذه الجمل أو الكلمات بالرغم من عدم فهمه لها.

٧- العمه الحركي Apraxia عدم القدرة على برمجة وسلسة حركة العضلات المسؤولة عن الكلام التي يظن أنها ناتجة عن خلل عصبي حركي.

رابعاً: اضطرابات الصوت Voice Disorders

درجة الصوت، شدة الصوت، ارتفاع الصوت، انخفاض الصوت، نوعية الصوت، وتظهر في الاتصال الاجتماعي مع الآخرين.

وفيما يلي استعراض لمشكلة من مشكلات الكلام وهي: التلعثم والتأتأة

التأتأة: هي الكلام بشكل متقطع غير اختياري، أو عملية عدم خروج الكلام من الفم وهي اضطراب في الإيقاع الصوتي ويتكلم الأطفال المتلعثمون بشكل منطلق أمام أصدقائهم، أو عندما يكونون وحدهم، إلا أنهم يتلعثمون عندما يكونون مع الآخرين و خاصة الأشخاص ذوي السلطة.

وعلى الرغم أن ٨٠٪ من المتلعثمين في الصغر لا يستمرون في ذلك عند الكبر، إلا أن كثيراً منهم تتطور لديه مشاكل متعلقة بالشخصية مثل الخجل أو عدم الثقة بالنفس، وينتج ذلك عن خبراتهم السابقة.

الأسباب:

١- أسباب نفسية: هناك أسباب طبيعية ممكنة، هي أسباب سيكومسوماتية، أي أسباب ناتجة عن الجسد والنفس معاً، وذلك بسبب تأثير النفسية على ميكانيكية إنتاج الصوت.

٢- ضغط الأهل: فكثير من الآباء والأمهات لا يدركون تطور الطفل وتطور النطق لديه، فيجبرون أطفالهم على النطق والتكلم قبل الآوان فينتج عن ذلك توتر الطفل مما يؤدي إلى التلعثم، وعند نعت الطفل بالتلعثم من قبل الوالدين، تصبح هذه الصفة ملازمة له.

٣- ردة الفعل على الضغط: إن مواقف الضغط المختلفة كالشجارات العائلية المتواصلة تكون مجهدة للطفل، وقد يتلعثم الأطفال أصحاب النطق السليم إن اكتئبوا أو حزنوا، والمصادر الأخرى للضغط هي الإجهاد وعدم الاستعداد والشعور بالتعب الجسدي الشديد.

٤- التعبير عن الصراع: يفترض الكثير أن لدى الأشخاص الذين يعانون من التلعثم مشاعر قوية لا يستطيعون التعبير عنها بسبب بعض العوامل الاجتماعية، أو ردة فعل المحيطين السلبية تجاههم، ورغم وجود الأبحاث العلمية القليلة والتي تدعم هذه الفرضيات إلا أن الكثير من المتخصصين يرون أن هذه هي الأسباب الحقيقية، وأن التخلص من الصراع يؤدي إلى التخلص من التلعثم.

طرق الوقاية:

١- تعليم وتقوية عملية النطق عن الأطفال: على أن لا نجبر الطفل على أن ينطق عنوة، بل يجب أن نشجع الأطفال على إصدار الأصوات وتطوير الكلمات بطريقة مريحة.

٢- تشجيع الملائمة وتقليل التوتر: بطريقة مرحة يساعد الطفل على الشعور بالثقة بين الآخرين وأن يتعلم كيف يتصرف مع الآخرين.

العلاج:

١- تبني طريقة متخصصة: وذلك بتشجيع الأطفال على تخفيض صوتهم ونطق الأحرف بطريقة بطيئة نوعاً ما بالإضافة إلى الشهيق والزفير قبل كل كلمة.

٢- التخفيف من التوتر: وذلك بأن نجعل الطفل أقل قلقاً فإن ذلك يساعدهم على البدء بالكلام في مواقف لا يتعرضون فيها للتوتر.

٣- تخفيف الضغط: فعند تعليمهم الكلام يجب أن نضيف أي نشاط مجهد، وأن يطمئن الوالدان ولا يتوتران حال فشل الطفل بالنطق، حتى لا ينتقل التوتر من الوالدين للطفل.

٤- المكافأة على النطق السليم السريع: وبالمقابل أن لا تكون هناك مكافأة على النطق المتلعثم وبالتالي يحرص الطفل على تحصيل المكافأة بالنطق الصحيح.

٥- التقييم المتخصص: وذلك في حالة ازدياد حالة الطفل سوءاً، فإنه يجب مراجعة أهل الاختصاص ومعالجي النطق من الأطباء.

رابعاً: مشكلات تناول الطعام

سيتم استعراض في هذا المجال مشكلات رفض تناول الطعام، السمنة، أكل التراب.

إن معظم الأفراد يمارسون من وقت لآخر عادات غذائية خاطئة، مثل التهام كميات كبيرة من الطعام أو إتباع نظام غذائي خاطئ للحمية، او إجبار النفس

على التقيؤ بعد تناول الطعام، أو تناول أنواع محددة من الأطعمة، او تناول وجبة واحدة خلال اليوم.

أسباب اضطرابات الأكل المحتملة:

١) علاقات العائلة القلقة Troubled Family Relationships بالرغم من أهمية العوامل الاجتماعية في الحديث عن أسباب اضطرابات الأكل، إلا أنها وحدها غير كافية لتفسير اضطرابات الأكل فهناك العديد من العوامل الأخرى، فعلاقات العائلة مهمة فالأطفال الذين يعانون من رفض تناول الطعام مثلا لديهم نزاع معتبر ورفض في أسرهم.

٢) العوامل النفسية: لا يوجد عوامل مباشرة وصريحة تسهم في اضطرابات الأكل، ولكن هناك عوامل غير مباشرة مثل اضطرابات المزاج واضطرابات القلق واضطرابات الشخصية تسهم في تطوير الاضطراب، وابرز العوامل النفسية: ضعف الضبط الذاتي- تدني احترام الذات - نقص الوعي او تشوه الإدراك - صعوبات في الكلام.

٣) العوامل البيولوجية: لم يتم تأكيد دور الجينات في حدوث الاضطراب.

الوقاية من مشكلات الطعام بشكل عام:

حتى لا تخلق مشاكل غذائية لدى طفلك تصرف بما يلي:

- تجنب الحث الشديد على الطعام فالأطفال يتمردون ويرفضون الطعام.
- اعرف ان شهيات الأطفال تختلف وليست واحدة فأحيانا يأكلون وأحيانا أخرى لا يأكلون.
- قدم لهم طعاما بنسبة قليلة حتى لا تجادله.
- أعط مقدمة تدريجية عن الأطعمة الجديدة وقدم لهم عينة صغيرة حتى يتعود هذا الطعام.
- اجعل من فقرات الطعام أوقات مرحة وفرحة للطفل وتجنب تهديد الطفل.

- قدم وجبات متوازنة بدون إفراط في الحلويات او السعرات الحرارية.
- لا تصنع طعاما خاصا للأطفال دون باقي العائلة ما داموا يستطيعون الآكل.
- لا تسأل الأطفال عادة عما يرغبون في تناوله من الطعام لأنه سيصعب إرضائهم لاحقا.
- لا ترش الطفل حتى يأكل بهدية او قطعة حلوى.

وفيما يلي استعراض لهذه المشكلات المتعلقة بالطعام التي من المحتمل أن تصيب طفل الروضة:

أولا: فقدان الشهية للطعام (انعدام الرغبة في تناول الطعام)

وهي عدم الرغبة في تناول الطعام، أو البطء الشديد في تناوله، أو التأفف منه، وقد يكون فقدان الشهية دائما أو مؤقتا ويرجع فقدان الشهية المؤقت إلى عوامل طارئة مثل: تغير حرارة الجسم، أو بسبب الاضطرابات المعوية والهضمية، أو بسبب بعض الحالات النفسية كالغضب أو الحزن، أما فقدان الشهية الدائمة والعام فيكون لجميع المأكولات وفي جميع الأوقات، أو قد يكون خاصا لبعض المأكولات المعينة.

وتلعب نوعية التغذية دورا هاما في هذه المشكلة، حيث نلاحظ أن كثيرا من الأطفال لا يجوعون في الموعد المحدد بسبب كثرة أكلهم للمواد الدسمة التي يحتاج هضمها لوقت طويل، أو بسبب تناول الأطفال للحلوى أو الأطعمة السكرية، أو بسبب عدم انتظام المواعيد، أو نقص الفيتامينات، كما أن فترات الراحة تلعب دورها.

كما أن لقلة النوم والإنهاك العصبي وسوء التهوية وقلة الرياضة دور في قلة تناول الأطفال للطعام، كما أن سوء معاملة الطفل لها دور هام، كما أن عدم تناول بعض الأمهات للطعام لأي سبب كان كتخفيف الوزن قد يؤدي لمشاكل الطعام، ويخطئ بعض الآباء عندما يجبرون الطفل أو يغرونه بتناول الطعام.

وعند تشخيص المشكلة يجب الاهتمام بما يلي:

- معرفة الأطعمة التي يرفض الطفل تناولها، وأي الأطعمة يستمتع بها.

- معرفة كيفية التعبير عن عادات الأكل هل يأكل غصبا او يرفض الطعام (يجلس بهدوء بدون أكل، يعبر لفظيا عن كراهية بعض الأطعمة، يبكي، يحاول التخلص من الأطعمة، يعطي طعامه للآخرين، يشتكي من نوعية الطعام).
- ماذا يحدث عندما يبدي الطفل هذا السلوك(يأكل قليلا جدا، يأكل بانتقاد، يكون آخر من ينهي أكله، يترك جزءا من طعامه، يتكلم كثيرا أثناء تناوله الطعام).

ولعلاج المشكلة:

- يجب التأكد أولا من سلامة الطفل عضويا .
- حل الصراعات والمشاكل الأسرية وإشعار الطفل بالأمان .
- تجنب إرغام الطفل على تناول الطعام وتقديم الوجبات بطريقة شيقة وبعيدا عن الجو المتوتر .
- تقديم الطعام الجيد كما ونوعا وإتاحة الفرصة للطفل ليتناول طعامه مع الأطفال الآخرين .
- استخدام الأكواب والأطباق الملونة لتقديم أطعمة الطفل وتقديمه مع لعبة محببة للطفل.
- تحديد مواعيد لتقديم الواجبات والتنويع في تقديم الوجبات وعرضها على الطفل قبل موعده بدقائق وإشراكه ان كان عمره يسمح بذلك في إعداد المائدة.
- تعديل السلوك عن طريق الدعم والتعزيز لسلوك الأكل الطبيعي.(بطرس، ٢٠٠٨).

ثانياً: السمنة لدى الأطفال

المقصود بالسمنة: هي زيادة الوزن التي تساوي أو تتجاوز أل ٢٠٪ من الوزن المثالي للشخص حسب طول قامته، على أن تتركز هذه الزيادة في الأنسجة الشحمية لجسم الطفل، وإذا كانت النسبة أقل من ١٥٪ من الوزن المثالي نقول بأن الشخص يكون مائلا للسمنة.

يعتقد البعض أن السمنة خصوصاً في الأطفال الصغار تعتبر رمزاً للصحة الجيدة، ولذلك غالباً ما يحضر الآباء أطفالهم إلى عيادات الأطباء طلبا لفواتح

للشهية لكي يزداد وزن طفلهم اعتقاداً منهم بأن الطفل الضعيف هو طفل هزيل وأكثر عرضة للأمراض من باقي أقرانه، وفي كثير من الأحيان تؤدي هذه المفاهيم الخاطئة إلى اعتقادات اجتماعية مفادها أن سمنة الطفل تدل على اهتمام الأبوين به بينما الطفل الضعيف يعطي انطباع الإهمال من قبل الوالدين ولذلك نري أن السمنة منتشرة أكثر لدي الأسر التي تعطي أهمية كبيرة لتقديم الطعام للأطفال وتعتبر تقديم الطعام هو أحد وسائل تعبير الآباء عن حبهم لأطفالهم، كمكافأة على سلوكهم الجيد وتعتبر السمنة أكثر أمراض التغذية شيوعاً في العالم.

أسباب السمنة:

- الوراثة: لها دور ثانوي.
- اضطرابات الغدد الصماء: وهي أسباب نادرة.
- قلة الحركة والنشاط.
- مفاهيم خاطئة شائعة لدى الأسرة مثل أن الأكل رمز الصحة.
- أسباب اجتماعية: إذا كان الوالدين سمينين وشرهين فسوف يحذو طفلهما حذوهما حيث الشراهة.
- إلحاح الأم على الطفل لكي يأكل، أو تلبية طلباته كلها.
- المبالغة في استهلاك الأغذية الغنية بالسعرات الحرارية.
- إهمال تناول وجبة الفطور والمبالغة في التهام الطعام في وجبتي الغداء والعشاء.
- الإدمان على الوجبات السريعة والمشروبات السكرية والغازية.
- قضاء ساعات عديدة أمام الشاشة الصغيرة أو الكومبيوتر أو ألعاب الفيديو.

التعامل مع الطفل السمين:

ان استشارة الطبيب مهمة قبل البدء بتخفيض الوزن عند الطفل وهناك ثلاث قواعد أساسية لا بد من مراعاتها لمعالجة بدانة الطفل وهي:

القاعدة الأولى: عدم تنحيف الطفل الذي يعاني من السمنة. لان الطفل ينمو ويطول، ولذلك يجب الاستفادة من هذه الديناميكية لبلوغ الوزن المناسب مع طول.

القاعدة الثانية: إدخال تعديلات جوهرية على عادات الطفل الغذائية، وهناك جملة من النصائح المفيدة على هذا الصعيد:

- يجب حث الطفل على شرب الحليب او تناول احد مشتقاته، أو تناول حبة فواكه، أو أخذ كوب من العصير الطازج الطبيعي بين الوجبات. الحذر من إعطاء البسكويت فهو غالباً ما يكون مدججاً بالدهن والسكريات، مما يعرقل عملية إنقاص الوزن.
- تحديد الكمية المتناولة في وجبات الغذاء والعشاء.
- يجب التعامل مع الحليب على انه غذاء وليس شراباً.
- الإكثار من الأغذية الغنية بالألياف مثل الحبوب الكاملة والبقوليات والخضروات.
- تفادي المآكل المقلية والمدهنة.
- تعويد الطفل على مضغ طعامه جيداً إذ يقلل من استهلاك المزيد من الأكل.
- حث الطفل على شرب الماء، والابتعاد عن المشروبات الغازية والمحلاة.
- إبعاد اللبان (العلكة) عن الطفل لأنها تعوده على ان يكون فمه مليئاً طوال الوقت.

القاعدة الثالثة: تشجيع الطفل على الحركة وممارسة النشاط الرياضي، لإبعاده عن عالم التلفاز وأجهزة الكومبيوتر وألعاب الفيديو فالطفل الذي يمارس الرياضة يصرف تفكيره في شيء مفيد له بعيداً من الطعام.

ثالثاً: فساد الشهية

المقصود بالمشكلة: تناول طعام فاسد أو غير صالح للأكل، المواد التي يتم أكلها مثل: الطين، التراب، الخيوط، الشعر، المواد البلاستيكية، القاذورات وفضلات البهائم والحجارة.

أين يحدث؟

لدى الأطفال، لدى الحوامل، ونادرا في الكبار، ويحدث في الأشخاص الذين يعانون من التخلف العقلي.

أسباب هذا المرض:

هناك العديد من النظريات التي طرحت لشرح مرض بيكا ولكن للأسف لم تقبل أي منها على مستوى العالم.

أ - سوء التغذية.

ب - نقص بعض المواد المعدنية: مثل الزنك والحديد.

ج - إهمال الوالدين للطفل وحرمان الطفل من رعاية وحب والديه قد يلعب دوراً في هذا الأمر.

الأعراض:

- يبتلع أشياء سامة، يأكل مواد حادة، (تمزق أمعائه وتصيبه بنزيف داخلي قد يقود إلى وفاته) (أكل مخلفات الحيوانات) قد تحوي ديدان أو حشرات أو جراثيم تسبب له أمراضا خطيرة..
- أكل التراب والطين (نقص في الزنك وإلى أنيميا حادة).
- أكل حجارة أو كتل من الشعر أو أي مواد صلبة أخرى.(يحدث لديه انسداد في الأمعاء).

التشخيص:

فيما يتعلق بتشخيص اضطراب بيكا فإن هناك أربع صفات يجب توفرها في الشخص حتى يتم تشخيصه بأنه يعاني من هذا الاضطراب وهذه الأعراض الأربع هي:

أ- الأكل المستمر لمواد غير مقبولة وغير صالحة للأكل، لمدة لا تقل عن شهر.

ب- أكل مواد ضارة وغير قابلة للهضم ولا تتناسب مع عمر الشخص وتؤدي إلى التأثير على نموه.

ج- الأكل لهذه المواد غير مقبول اجتماعياً وثقافياً في تلك المجتمعات التي يعيش بها الشخص.

د- إذا كان الشخص الذي يقوم بهذا السلوك في الأكل، يشكو من أمراض أو

اضطرابات نفسية أو عقلية، مثل التخلف العقلي أو الفصام، فإنه يجب الأخذ بعين الاعتبار هذا الاضطراب، ويجب ان يتم الاهتمام به، كاضطراب منفصل عن المرض العقلي كالفصام أو التخلف العقلي.

علاج فساد الشهية:

للأسف الشديد فليس هناك علاج ناجع لهذا المرض، ولكن قد يكون العلاج السلوكي، والعلاج النفسي والاجتماعي وكذلك التوعية للأسرة وللمقربين من الشخص. كذلك تقديم الدعم والرعاية للأهل وتخفيف العبء والضغوط النفسية على الأهل. ويقترح ما يلي أيضا:

أ - علم الطفل بطريقة منظمة مهارات تناول الطعام الصحيحة.

ب - عزز سلوك تناول الطعام الصحيح.

ج - وإذا كان المرض أثر على بعض الأجهزة في الجسم فإنه يجب علاج الاضطرابات الحادثة. كذلك فإن عند اختلال المواد العضوية في الجسم فإنه يجب تعديلها.

د - هناك حالات قليلة بتعديل الزنك والحديد في الطفل فإنه يتم شفاء الطفل بهذا الاضطراب الصعب.

هـ - قد لا نرى في الحياة العامة مثل هؤلاء الأطفال، ولكن في العيادات الخاصة بالأطفال المرضى النفسيين والأماكن الخاصة بالأطفال المعوقين (ذوي الاحتياجات الخاصة) فإن هذا الأمر منتشر ويستدعي الكثير من الاهتمام والرعاية لمن يعملون في هذا المجال.

و - إن مآل المرض في الأطفال يختلف من حالة إلى أخرى، عند بعض الأطفال يتم الشفاء التام من المرض عند المراهقة، وكذلك إذا كان مصاحباً بالحمل (أي عند المرأة الحامل) فإن المرض أو نوبات الأكل غير الطبيعي للمواد غير القابلة للأكل مثل الطين أو الكتل الرملية المتجمدة فإن هذا الأمر ينتهي بنهاية الحمل.

خامساً: مشكلات النوم

إن الحاجة إلى النوم من الحاجات البيولوجية الجوهرية لنمو الطفل - فالنوم من أهم العوامل لتعويض ما أنفقه الطفل أثناء بذل الجهد والنشاط، لأنه يريحه راحة تكاد تكون تامة. ففي النوم يقل النشاط إلى أدنى حد، ويبطئ التنفس والدورة الدموية، وينخفض معدل الأيض، وبذلك يساعد الجسم على الاحتفاظ بالتوازن من حيث التكوين الكيميائي والعمليات الفسيولوجية، ويحتاج الطفل إلى ما يقارب من ١٢ ساعة نوم عند السادسة.

تعريف مشكلات النوم:

يقصد باضطرابات النوم الصعوبات والمعوقات التي تؤدي إلى قلة النوم عند الأطفال أو إلى سوء نظامه. وهي إما أن تظهر في بداية النوم أو في أثنائه.

معدل الانتشار:

تشير الدراسات المسحية إلى أن اضطرابات النوم تكون أكثر انتشاراً بين الإناث عنها بين الذكور، وأنها تصبح أكثر انتشاراً وتكراراً بتقدم العمر. ويلاحظ ارتفاع نسبة الأطفال الذين يعانون من الأرق في الطفولة المتأخرة. بالنسبة للكوابيس الليلية فأنها تصيب الأطفال من سن سنتين، وترتفع نسبة الذين يعانون منها في سن ٤ - ٦سنوات. وقد أورد بعض الباحثين بخصوص المشي أثناء النوم أن نسبة من يعانون منه من الذكور أعلى منها بين الإناث وهو عرض منتشر بين الأطفال ويعتقد أن ١٥٪ من الأطفال مروا بهم هذه الحالة بين عمر ٥ - ١٥ سنة.

أسباب اضطرابات النوم بشكل عام:

يمكن تقسيم اضطرابات النوم إلى ثلاثة أقسام:

أولا: أسباب وراثية

أشارت بعض الدراسات إلى أن نصف الأطفال الذين يمشون أثناء النوم من اسر يعاني فيها الفرد أو أكثر من هذا الاضطراب ووجد في دراسات أخرى

تشابها عند ٤٠٪ من التوائم المتماثلة ١٠٪ من التوائم غير المتماثلة في اضطرابات النوم وهذا ما يؤيد الفرض الوراثي في هذا الاضطرابات.

ثانياً: أسباب عضوية

أشارت بعض الدراسات إلى أن أسباب النوم المتقطع وقلة النوم والنوم الخفيف وكثرة الاستيقاظ عند الأطفال في مرحلة الرضاعة ترجع إلى المضايقات الجسمية كالجوع أو الشبع الزائد والآلام الناتجة عن بعض الأطعمة والآم المرض والملابس الضيقة وتبليل الفراش والملابس وجو الحجرة الباردة أو الحار.

وأشارت دراسات أخرى: إلى أن نسبة كبيرة من الأطفال الذين يمشون أثناء النوم يعانون من عدم نضج الجهاز العصبي المركزي وكشف رسم المخ EEG عن شذوذ في موجات المخ عند ٢٠٪ من هؤلاء الأطفال مما يؤكد عدم نضج الجهاز العصبي عندهم.

بالإضافة لذلك: فان حالات الأرق ترتبط بحالات عضوية مثل التعب الشديد وتغيير مكان النوم أو التغير الأساسي في الأكل وفي بعض الأحيان تؤدي العقاقير المثيرة التي تعطي لعلاج أمراض أخرى إلى انعدام النوم.

وفي حالة الإفراط في النوم توجد أسباب عضوية كنقص كبير في هرمون الغدة الدرقية والهزال العام وسوء التغذية أو بعض إصابات الجهاز العصبي كالالتهاب السحائي والحمى الشوكية وإصابات الهيبوثلاموس.

كما إن الكابوس الليلي يرجع إلى اضطرابات عضوية كالتهابات الحلق او ارتفاع درجة الحرارة التي تسبب ضيقا في التنفس أو امتلاء المعدة أو تعاطي كمية كبيرة من الأحماض الأمينية.

ويرجع الفزع الليلي أيضا إلى أسباب عضوية كنوبات الربو أو ضيق التنفس لسبب في الحنجرة أو الأنف.

ثالثاً: الأسباب النفسية والاجتماعية

ومن هذه الأسباب: أخطاء الوالدين في معاملة الطفل في مواقف النوم ومنها:

أ - أخطاء الوالدين في معاملة الطفل في مواقف النوم ومنها:

- جعل النوم عقابا للطفل على خطأ ارتكبه أو إلزامه بالنوم في وقت لا يرغب فيه أو عند انشغاله في أشياء يحبها.
- قص القصص المخيفة أو قراءتها على الطفل أو مشاهدة الأفلام المزعجة والتي تؤرقه وتجعل نومه مضطربا ويكثر استيقاظه ليلا ويعاني من الكوابيس.
- السماح للطفل بالنوم في فراش والديه وعندما يكبر يصعب عليه النوم في فراشه او بمفرده بالإضافة إلى أن النوم في فراش والديه يعرضه لمشاهدة أو سماع ما يدور بينهما فيدفعه فضوله إلى السماع ويقاوم النوم أو ينام نوما خفيفا متقطعا أو يعاني الكابوس والفزع.
- تقليد الطفل لسهر الكبار فيعتقد أن السهر من أعمال الكبار فيسهر بالليل ويقاوم النوم ويرفض الإيواء للفراش.
- تخويف الطفل قبل النوم بالأشباح والعفاريت والحيوانات وغيرها فينام مهموما خائفا ويعاني الكوابيس والفزع الليلي.

ب- أخطاء الوالدين في تنشئة الطفل ومنها:

- التدليل الزائد الذي يجعل الطفل متعلقا بأمه ولا يقوى على البعد عنها وهذا ما يجعل النوم خبرة مؤلمة كما أن الحرمان من الأم يشعره بالوحدة فيخاف من النوم ويعاني الأرق والكوابيس.
- طموحات الوالدين الزائدة من الطفل كمطالبته بالحصول على الدرجات النهائية في الاختبارات فيشعر بالإحباط والهموم مما يؤرقه ويؤدي إلى اضطراب النوم.
- القسوة الزائدة من الوالدين أو المعلمين أو أي ظروف بيئية مخيفة تشعر الطفل بالنبذ وعدم الأمن مما يجعله مهموما قلقا متواترا فيضطرب نومه ويصاب بالأرق والكوابيس والفزع الليلي.
- الخلافات بين الوالدين ومداومة المشاحنات بينهما أمام الطفل مما يجعل الطفل قلقا متوجسا خائفا على والديه أو احدهما ويجعله يقاوم النوم لخشيته عليهما من المشاجرات التي تحدث بينهما.

- إثارة المنافسة والغيرة بين الأخوة وتفضيل احدهم مما يشعره بالظلم ويحرمه من الأمن والطمأنينة وما يؤدي إليه من صراعات وقلق فيضرب نومه.
- مبالغة الوالدين في الامتثال للمطالب التي يتوجه بها الطفل إلى الوالدين لاجتذاب انتباههما مما يسبب له الأرق الليلي.
- محاولة الوالدين تنشئة الطفل بطريقة مثالية مبالغا فيها مما يسبب صراعا للطفل ويسبب له الأرق وعدم القدرة على النوم أو معاناة الكابوس أو الأرق الليلي.

ج- الضغوط النفسية والاجتماعية التي يتعرض لها الطفل ومنها:

- الفشل في الاختبارات أو الخوف من اختبار قادم.
- مشاهدة برامج مخيفة بالتلفزيون أو سماع قصة مزعجة أو حادثة مرعبة يستعيد طفل أحداثها فيعاني الأرق الليلي أو الكابوس أو الفزع.
- موت شخص عزيز أو انفصال الوالدين أو دخول إحداهما المستشفي أو قدوم أخ جديد أو فقدان شي محبوب للطفل أو الفشل في المدرسة.
- إسناد مسؤولية تربية الطفل إلى مربية لم يألفها أو تغيير المربية أو تغير السكن فيضطرب نوم الطفل

د- الاضطرابات الانفعالية والأمراض النفسية

- فالإفراط في النوم هروب من الصراعات النفسية أو مواجهة المشاكل وقد يكون عرضا لبعض الأمراض النفسية كالاكتئاب حيث ينسحب الطفل من العالم الخارجي.
- والكابوس والفزع الليلي يرجعان إلى الخوف الغريزي في نفس الطفل كما يرجعان إلى الصراعات النفسية الناتجة عن انشقاق شديد في طباع الوالدين أو قسوة وعنف أحدهما ويعتقد فرويد انه ناتج عن رؤية الطفل الجماع بين الوالدين وما يحدث في نفسية الطفل من اثر ذلك كما يرتبطان بالخبرات المولدة للتوتر والقلق في حياة الطفل.
- والمشي أثناء النوم عرض لاضطراب عصابي ومحاولة لحل بعض المواقف

الصراعية حيث لا تظهر أعراض الصراع إلا أثناء النوم بصورة رمزية خاصة تلك التي ترتبط بتخيلات جنسية.

- بالإضافة لذلك: يعتبر المشي أثناء النوم احد أعراض الهستيريا الانفصالية فنظرا للكبت الشديد لصراع معين يعاني منه الفرد تحدث عملية الانفصال بين السبب والأعراض ونظرا لقوة الحيل الدفاعية اللاشعورية أثناء اليقظة فلا تظهر هذه الأعراض ولكن أثناء النوم فان ضعف القشرة أو اللحاء في المخ الذي يسيطر على عملية التفكير الشعوري يجعل الطفل يبدأ في التعبير عن انفعالاته أثناء النوم بالمشي.

رابعاً: عوامل بيئية:

فالنوم عند الأصحاء كثيرا ما يضطرب بسبب أحوال أو ظروف في البيئة من ذلك:

- زئير المرور خارج نوافذ غرف النوم مما يؤدي إلى عدم الراحة أثناء النوم ففي دراسة مسحية سويسرية اتضح أن ضجيج السيارات والطائرات أكثر الأسباب لاضطرابات النوم فالهدوء والسكنية في الليل أصبحت ترفا صعب الحصول عليه.
- تغيرات الطقس من حيث درجة الحرارة والرطوبة والضغط الجوي المرتفع أو المنخفض تعد من أسباب اضطرابات النوم ليلا أو نهارا.
- تغيير مكان النوم فكثير من الأطفال يشعرون بالأمان وهم ينامون في أماكنهم وبيوتهم فالسرير الغريب في غرفة غير مألوفة والأصوات غير المألوفة يمكن أن يورق النائم وقد يستغرقون وقتا أطول حتى يغلبهم النعاس وتتأخر لديهم فترة نوم الحركات السريعة للعينين.
- الأنشطة السابقة للنوم فليس من الحكمة أن ينغمس الطفل في المساء في أنشطة مجهدة جسميا أو ذهنيا أو مثيرة للانتباه كاللعب.

الوقاية من اضطرابات النوم:

ومن جوانب الوقاية من اضطرابات النوم - ما يلي:

- بالنسبة لمكان النوم: يجب أن يكون منسقاً، هادئاً، بعيداً قدر الإمكان من الضوضاء أو الضرر، تتوافر فيه الشروط الصحية، ولا يتعرض الطفل أثناء نومه لتيارات هوائية، وأن تكون درجة حرارة الغرفة معتدلة، وأن يكون الفراش مريحاً للنوم حتى يساعد ذلك على استرخاء الطفل أثناء نومه.
- الاهتمام بتغذية الطفل: فالتغذية مرتبطة بالنوم، وإذا حدث اضطراب في أي منهما فأنه يؤثر على الآخر، وبذلك تتأثر صحة الطفل الجسمية والنفسية.
- إعداد الطفل للنوم: فبعض الأمهات يساعدن الطفل على الدخول في النوم منذ أيامه الأولى بإدارة الموسيقى الهادئة، أو الغناء للطفل أو الهز الهادئ والربت الخفيف، أو قص قصص مسلية للطفل.
- تعويد الطفل على عادات النوم السليمة: وذلك عن طريق:

أ - تشجيع الطفل على الاستقلال في النوم منذ فترة مبكرة من حياته ما أمكن، أو النوم مع أخوته، وبعيداً عن الأم.

ب- تحديد مواعيد ثابتة للنوم لا يؤخرها الآباء، أو يقدمونها وفقاً لما يناسبهم أو طبقاً لظروفهم أو مشاغلهم - مع وجود مرونة نسبية فيها حتى لا يشعر الطفل بالإجبار.

ج- لا يستخدم النوم كوسيلة لعقاب الطفل.

د- لا يهدد الآباء الطفل كي ينام في الوقت الذي يحددونه حتى لا يبث الرعب في الطفل والخوف والقلق النفسي الذي يصيبه باضطراب النوم.

هـ- ألا يخدع الآباء الطفل بدفعه للنوم، وبمجرد أن ينام يخرجون من المنزل لسهرة أو لاستقبال ضيوف، مما يشعر الطفل بالوحدة ويضطرب نومه ويعاني من الأحلام والكوابيس المزعجة.

علاج اضطرابات النوم بشكل عام:

العلاج النفسي الفردي:

وهو يعتمد على الاستبصار بمعنى: تبصير الطفل بمشكلته وأسبابها، ومساعدته على حل صراعاته، ومواجهة احباطاته ومخاوفه وهمومه بأساليب مباشرة، وإشعاره بالتقبل.

ففي حالة الأرق الليلي: يستخدم العلاج النفسي العميق في الحالات التي تكمن فيها الاضطرابات الانفعالية الشديدة خلف اضطراب النوم. وفي الحالات العنيفة من المشي أثناء النوم يجب علاج الاستجابات العصابية كالقلق وتوهم المرض.... وغير ذلك. وفي حالة الكابوس والفزع الليلي لا بد من علاج الخبرات المولدة للتوتر والمخاوف والقلق والصراع النفسي في حياة الطفل أو في نشاطه اليومي.

ويستخدم العلاج السلوكي في جعل مواقف النوم محببة للطفل وتدعيم سلوكيات النوم المقبولة، وإطفاء سلوكيات النوم غير المقبولة، وتقديم النماذج السلوكية المناسبة عند الراشدين ليقلدها الطفل.

العلاج الأسري:

ويتضمن ذلك الإرشاد والتوجيه للوالدين لتحسين علاقتهما بالطفل، وتحسين أساليب معاملتهما في مواقف النوم، وتبصيرهما بالأساليب المناسبة وبكيفية تطبيقها في علاج مشكلات طفلهما. كما يجب تبصيرهما بأساليب تنمية عادات النوم عند الطفل بأن:

- يكون لدى الطفل موعد نوم منتظم: فالنوم جزء من لإيقاع بيولوجي على امتداد أربع وعشرين ساعة.
- تخصيص ساعات المساء للأنشطة الترويحية والاسترخاء بدلاً من الأنشطة المجهدة الجسمية أو الذهنية التي تؤدي إلى سوء النوم.
- تجنب تناول الوجبات الثقيلة في المساء..
- تجنب القيلولة الطويلة حتى لا يجد الطفل صعوبة في النوم بالليل.
- أن يتجنب الآباء تناول الأطفال المواد التي تحتوي على الكافيين كالقهوة والشاي والكوكاكولا والشيكولاتة خاصة في المساء حيث تؤدي إلى تنبيه الجهاز العصبي.
- توفير الظروف المشجعة على النوم: كالهدوء، والضوء الخافت، ودرجة الحرارة المعتدلة والفراش الوثير. (عبد المعطي، ٢٠٠١)

وفيما يلي نعرض لأهم اضطرابات النوم في الطفولة

أولا: الأرق Insomnia

الأرق من أكثر اضطرابات النوم شيوعاً - وقد يأخذ أحد أشكال ثلاثة:

أولها: الصعوبة في بدء النوم، ويظهر عند بعض الأطفال في سنوات الروضة وما بعدها. ومن أعراضه: رغبة الطفل في النوم، وذهاب النوم عنه عندما يأوي إلى فراشه، وقد يتقلب فيه حتى يأخذه النعاس بعد ساعة أو ساعتين.

ثانيها: الصعوبة في الاستغراق أو الاستمرار في النوم: كأن ينام الطفل فترة ثم يصحو ليعاود النوم مرة أخرى أو لا يعاوده.

وثالثها: السهر wakefulness واليقظة المبكرة: وتظهر في عدم رغبة الطفل في النوم ليلاً واستمراره نشطاً يقظاً، ومقاومة الذهاب إلى الفراش إلا بجلوس الأم بجواره أو النوم بجواره، أو الغناء له أو قص حكاية له وقد تستغرق عملية تنويم الطفل وقتاً طويلاً. ومع ذلك لا يلبث الطفل أن يستيقظ مبكراً.

ويلاحظ في الأطفال الذين يعانون الأرق ولا يأخذون كفايتهم من النوم: سرعة التهيج، والانفعال السريع، والقلق الواضح، شدة التوتر، صعوبة التركيز، كثرة البكاء. وحيث أن هرمون النمو يفرز أثناء النوم فيحتمل إصابة هؤلاء الأطفال بقصر القامة إذا لم يعالج الأرق في بدء الأمر.

ولقد أورد DSM IV المحكات التشخيصية للأرق على النحو التالي:

أ- أغلب الشكوى تكون من صعوبة استهلال النوم أو الإبقاء عليه، أو عدم استعادة النوم لمدة شهر على الأقل.

ب- صعوبة النوم أو التعب أثناء النهار التي تتسبب في ألم واضح وضعف في المجالات المهنية أو الاجتماعية أو أي مجالات وظيفية أخرى.

ج- تحدث صعوبة النوم بصورة منفردة أثناء وجود الخداد أو الغشية، أو اضطراب النوم المرتبط بالتنفس، أو اضطراب إيقاع النوم، أو شذوذ النوم.

د- لا تحدث الصعوبة بصورة منفردة أثناء وجود اضطراب عقلي آخر مثل الاكتئاب الأساسي، أو القلق المعمم، أو الهياج.

هـ- لا يرجع الاضطراب إلى التأثيرات الخاصة باستعمال العقاقير كتعاطي مواد إدمانية، أو للعلاج الطبي، أو أي ظروف طبية عامة أخرى.

أسباب الأرق:

- الأرق مصحوب بنعاس في النهار بسبب القلق او التوتر.
- مستوى نشاط نهاري عال بشكل غير عادي.
- أسباب عضوية او تناول العقاقير.

الوقاية:

- ضع جدولا مثل الساعة البيولوجية.
- استخدم روتين تهدئة الذات: قبل النوم هدوء.
- اهتم بالأكل باعتدال وخاصة قبل النوم.
- استخدام التمارين الرياضية.
- فيما يتعلق ببيئة النوم: ابق الغرفة باردة ودون ضجيج، ضع قيود على السرير ولا يستخدم إلا للنوم.

العلاج:

- النهوض من الفراش في حالة عدم القدرة على النوم.
- ممارسة الاسترخاء العقلي وتوجيه التخيلات.
- تعلم أسلوب حل المشكلات لحل المشكلات التي تعترض الفرد وتؤثر على نومه.
- تغيير المعتقدات اللاعقلانية التي يحملها الفرد عن نفسه والآخرين والحياة، وتؤثر على نومه.
- التفكير الايجابي: بأن يفكر في ١٠ نقاط ايجابية لديه يكررها ويفكر فيها
- تغيّر موعد النوم.
- عدم تعزيز الأرق بعدم الذهاب إلى المدرسة في اليوم التالي مثلا.
- المعالجة الطبية كحل أخير.

ثانياً: الإفراط في النوم Hypersomnia

ويعني زيادة عدد ساعات النوم عن معدلها الطبيعي بالنسبة لعمر الفرد، أو تعرضه طوال اليوم لهجمات من النوم الذي لا يمكن مقاومته، أو الرغبة التي لا تقاوم للنوم وفي هذه الحالة يصعب على الفرد أن يستيقظ بشكل تلقائي. ويستغرق في النوم لساعات طويلة قد تستمر من ١٦-١٨ ساعة مما يسبب أضراراً بالنمو النفسي والبدني.

ولقد أورد DSM IV المحكات التشخيصية التالية للإفراط في النوم وهي:

أ- الشكوى السائدة تكون من النوم المفرط - على الأقل لمدة شهر (أو أقل إذا كان النوم المفرط متواتراً متكرراً). كما يستدل عليه من كل من: وقائع النمو الطويلة أو وقائع النمو أثناء النهار التي تحدث يومياً تقريباً.

ب- يحدث النوم المفرط ضعفاً واضحاً أو فساداً في النواحي الاجتماعية والمهنية أو فساداً في المجالات الوظيفية الهامة الأخرى.

ج- لا يقدر النوم المفرط تقديراً جيداً خلال فترات الأرق، ولا يحدث بصورة منفردة أثناء وجود اضطراب آخر للنوم مثل: الخداد (الغشية) أو النوم النهاري، أو اضطراب النوم المرتبط بالتنفس، واضطراب إيقاع النوم، أو شذوذ النوم. ولا يقدر خلال مقدار النوم غير الكافي.

د- لا تحدث الصعوبة بصورة منفردة خلال وجود اضطراب عقلي آخر.

هـ- لا ترجع الصعوبة إلى تأثيرات نفسية مباشرة لاستعمال العقاقير مثلما يحدث أثناء إدمان المخدرات واستخدام العقاقير الطبية، أو أي ظروف طبية عامة.

ثالثاً: اضطراب الكابوس الليلي

وفيه يستيقظ الطفل خائفا مذعورا بسبب حلم مرعب ومزعج يشعر فيه بالعجز والضعف ويحس انه على وشك الاختناق مما يؤدي إلى اليقظة واستمرارية النوم عندما يبلغ الخوف قمته مع ازدياد دقات القلب وسرعة التنفس وزيادة العرق هنالك يصرخ الطفل ويجلس في سريره طالبا المساعدة وعادة يستيقظ الطفل وهو على درجة من الوعي تجعله يدرك من حوله ويعرف أمه

ويتجاوب معها وهي تهدئ من روعه ويتذكر الحلم المزعج ويروي ما شاهده أو شعر به في المنام وسرعان ما يهدأ ويذهب عنه الخوف ويطمئن ويعاود النوم مرة ثانية ويحدث الكابوس عادة ليلا أثناء النوم الخفيف أي المصحوب بحركات العين السريعة وقد يحدث الكابوس في النهار ولكن بشكل نادر جداً.

وقد أورد DSM IV المحكات التشخيصية التالية للكابوس الليلي:

أ - ستيقاظ متكرر في فترة النوم الرئيسية أو السبات أو القيلولة nabs مع استعادة مفصلة للأحلام مخيفة ممتد ومتطرفة عادة ما تتضامن تهديدات للبقاء أو الأمان أو تقدير الذات ويحدث الاستيقاظ بصفة عامة إثناء النصف الثاني من فترة النوم.

ب - في الاستيقاظ من الحلم المزعج فان الفرد يصبح متنبها ومتوجها بسرعة.

ج - تؤدي خبرة الحلم إلى صعوبة النوم والاستيقاظ وإحداث ألما إكلينيكيا واضحاً أو فساد النواحي الاجتماعية أو المهنية أو أي مجالات وظيفية هامة أخرى.

د - لا تحدث الأحلام النوم المزعجة بصورة منفردة إثناء وجود اضطراب عقلي أخر (مثل: الاحتياج delirium اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة posttrau-matic stress disorder) ولا ترجع الأحلام المزعجة إلى تأثيرات فسيولوجية مباشرة لاستعمال المواد (كإدمان للعقاقير، أو تعاطي العقاقير الدوائية) ولا ترجع إلى أي ظروف طبية عامة.

أسباب الكوابيس:

- مشاعر يتم كبتها (صراعات).
- أسباب عضوية مثل الحمى وعسر الهضم.
- القلق العابر او الطويل الأمد.
- الخوف او العقاب نتيجة مشاهدة الأفلام المرعبة في التلفاز، أو سماع قصة مرعبة.

الوقاية:

- تجنب النشاطات المثيرة في النهار للأطفال.

- عدم توبيخ الطفل قبل النوم مباشرة من قبل الوالدين.
- عدم تهديد الطفل.

العلاج:

- الدعم الأبوي فاذهب للطفل عند سماع بكاءه، وأيقظ الطفل من النوم واجعله يحس بوجودك، وأخبره أنك لن تترك أي شيء يصيبه.
- أضيء النور لمدة قصيرة.
- إذا كان الطفل يهتز أو يتحرك فقم بتهدئته.
- تذكر أن الكابوس يعتبر حقيقة لدى الطفل.
- ابحث عن الأسباب المحتملة (مشكلة مدرسية او مع الرفاق) وإذا شككت أن زيارة الطبيب سببت الحلم دعه يتحدث عنها.
- استخدم التعبير بالتمثيل عن خوفه المكبوت.
- اعمل على مواجهة الأحلام المخيفة من خلال الرسوم ولعب الأدوار.
- عندما يهدئ الطفل شجعه على النوم مرة أخرى.

رابعا: اضطراب فزع النوم Sleep Terror Disorder

صعوبة شائعة عند الأطفال الصغار في سن ما قبل المدرسة والسن المدرسي ويختفي بعد البلوغ ومن إعراضها استيقاظ الطفل خائفا مذعورا بسبب حلم مزعج مرعب فيجلس في سريره صارخا باكيا في فزع شديد أو واقفا أو مسرعا نحو إلام أو الأب أو غيرهما ويكون شاحب الوجه يتنفس ينهجان وتسرع دقات القلب ويتصبب عرقا وقد تنتابه هلاوس بصريه أو سمعية عن وجود حيوان مفترس أو شخص مخيف أو أشباح تطارده في الحجرة ويكون الطفل مشوش الفكر غير واعيا بمن حوله ويكون من الصعب إيقاظه او تهدئته ويستمر في فزعه وذعره بعض الوقت ولا يستجيب لمن حوله في طمأنته وبعد فتره تستمر من ١٥-٣٠ دقيقة يعود الطفل إلى نوم طبيعي عميق ولكنه يستيقظ في الصباح لا يتذكر شيئا مما حدث بالليل.

وقد أورد DSM IV معايير التشخيصية للفزع الليلي على النحو التالي:

أ - وقائع متكررة من الاستيقاظ المفاجئ abrupt من النوم الذي يحدث عادة أثناء الثلث الأول للوقائع الرئيسية للنوم ويبدى في صراخ مذعور panicky scream.

ب - خوف حاد وعلامات من النهوض تلقائي مصحوب بإسراع دقات القلب tachycardia وسرعة التنفس وتصبب العرق sweating.

ج- انعدام الاستجابة نسبياً لجهد الآخرين في تهدئة الطفل.

د- لا يستطيع الطفل استدعاء أي تفصيلات للحلم ويفقد الذاكرة amnesia للواقعة تماما تحدث الواقعة ألماً إكلينيكيا واضحا أو فسادا في النواحي الاجتماعية أو المهنية أو أي مجالات وظيفية هامة أخرى.

هـ - لا يرجع الاضطراب إلى التأثيرات الفسيولوجية المباشرة لاستعمال المواد: كإدمان العقاقير أو تعاطي العقاقير الدوائية ولا يرجع إلى أي ظروف طبية عامة.

ويفرق سوين ١٩٧٩ ٧٣٤ -٧٣٥ بين اضطرابي الكابوس الليلي وفزع النوم على النحو التالي:

١- الكابوس خبرة مخيفة أثناء النوم يستيقظ الطفل وبعدها يستعيد التوجه الصحيح والإدراك الواضح أما الفزع الليلي فهو خبرة مخيفة تحدث بين النوم واليقظة ولا يستيقظ الطفل بعدها استيقاظا تاما.

٢- في الكابوس يسبق الاستيقاظ أصوات أنين وحركات دفاعية طفيفة أما في الفزع الليلي فان ملامح الطفل تتشوه وتتسع العينان وينهض من فراشه ويقفز من سريره في حالة احتياج أو يجري مذعورا أو يتشبث بالمحيطين به ويتوسل بكلب أو لص وهمي أن يتركه.

٣- في الكابوس يكون الطفل في حالة استيقاظ تام وبعد أن يهدئ يستطيع قص الحلم الذي شاهده أما في الفزع الليلي فان الطفل يكون نائما لذا يعجز عن تقديم تفسير لحالته ويفشل الوالدين في تهدئته.

٤- في الكابوس يتعرف الطفل على كل الأشخاص المحيطين به أما في حالة الفزع فانه لا يتعرف على من حوله بل يحسبهم من ضمن ما رآه في الحلم.

٥- في الكابوس لا تحدث هلاوس مطلقا أما في الفزع فان الطفل يرى الأشياء المخيفة في الحلم ماثلة في الغرفة.

٦- في الكابوس لا يوجد عرقا أما نوبة الفزع فيصاحبها تصبب العرق عادة.

٧- تعقب الكابوس فترة يقظة طويلة يستعيد فيها الطفل الحلم أما في نوبة الفزع فان الطفل يستجيب للنوم الآمن مباشرة.

٨- لا تستغرق واقعة الكابوس فترة تزيد عن دقيقة أو دقيقتين أما الفزع فإنه قد يستمر لفترة تصل من ١٥-٢٠ دقيقة.

٩- يتذكر الطفل محتويات الحلم الذي رآه أثناء الكابوس أما في حالة الفزع فلا يذكر الطفل حتى مجرد وقوعه.

أسباب الفزع الليلي:

رعب النوم شيء طبيعي يحدث للأطفال، وليس مرضا عضويا أو نفسيا، وليس هناك أسباب محددة لظهوره، ولكن يزيد في حدوثه:

أ - الخوف الزائد لدى الطفل.

ب- عدم الارتياح النفسي والقلق.

ج- مشاهدة الأفلام والمناظر المرعبة في التلفاز.

د - سماع القصص المثيرة.

طرق الوقاية:

يجب أن تكون الساعة التي تسبق النوم ساعة هادئة، وأن يتم تجنب مشاهدة التلفاز والقصص المثيرة واللعب الخشن، كما أن حماما دافئا قبل النوم قد يكون مفيدا، وتأكد من عدم حدوث أصوات عالية فجائية تقلق نوم الطفل لأن هذه الأصوات تستجر النوبة.

العلاج:

- الدعم الأبوي: احمل الطفل بشكل مريح، وساعده في التوجيه نحو الواقع

وطمئنه، وقل له من أنت، وأين هو، وأن كل شيء على ما يرام، وابق مع الطفل إلى أن تنتهي النوبة، لا تحاول إيقاظ الطفل إذا لم يستيقظ من تلقاء نفسه، وأخبر إخوته عن ما يجب عمله عند حدوث الحالة وعدم الخوف منها.

- إزالة الزائدة الأنفية: وجدت إحدى الدراسات أن إزالة الزائدة الأنفية عند بعض الأطفال عن طريق الجراحة يسهل مرور الهواء ويساعد في أكسجه الدماغ.
- التنفيس من خلال اللعب: غالبا ما يشعر الأطفال بالتحرر من المخاوف عندما تعطى لهم فرصة كي يعبروا عما يقلقهم بواسطة اللعب، فساعد الطفل في التغلب على المخاوف الليلية وذلك بتشجيعه على مواجهة الأشياء المخيفة في تمثيلية مسرحية أو تمثيلية دمى والتغلب على المخلوقات أو الأشياء المخيفة، وذلك بالتفوق عليها بالحيلة أو طلب المساعدة من الأسرة.

خامساً: اضطراب المشي أثناء النوم Sleep walking disorder

ويطلق عليه أحيانا التجوال الليلي somnambulism ويشير إلى السير أثناء النوم وفيه ينهض الطفل من فراشه ويتركه وعيناه مفتوحتان في اغلب الحالات ويمشي وهو غير واع، ولا يستجيب لما يطلب منه وربما يعود إلى فراشه دون أن يسترد وعيه ويواصل نومه، وعندما يستيقظ في الصباح لا يتذكر شيئا مما حدث بالليل، ونسبة انتشار المشي أثناء النوم (١٠-٣٠٪) لدى الأطفال الذين حدثت لهم نوبة واحدة على الأقل، (١-٥٪) لديهم نوبات متكررة ذات آثار سلبية، وهذا الاضطراب يختفي في سن المراهقة ولا سيما حوالي (١٥) سنة.

وفي بعض الأحيان يتحدث ويناقش وقد يجيب عن الأسئلة باقتضاب لكنه غير واع تماما لما يدور حوله فإذا أعادته الأم إلى فراشه نام وأكمل نومه دون أن ينفعل أو يمانع في ذلك ولا يتذكر فيما بعد عندما يستيقظ شي مما حدث، وحالة المشي أثناء النوم ليست حلما أو جانبا من حلم لان الأطفال عندما يستيقظون من نوبة المشي لا يمكنهم تذكر أو استعادة أي حلم مر بهم، وقد كشفت الدراسات الخاصة بهذا الاضطرابات وتسجيلات مختبرات النوم انه يحدث في مراحل النوم العميق (المرحلة الثالثة أو الرابعة).

ولقد كان الشائع بين الناس إن إيقاظ هؤلاء المرضى خطأ لان الطفل إذا أوقظ بفزع ويضرب ولا يعرف أين هو. ويعتقد انه ما زال في فراشه. ولكن هذا غير صحيح لان الطفل أثناء المشي وهو نائم يكون عرضه لان يؤذي نفسه لضعف تآزره الحركي لذا: ينصح بإيقاظ الطفل خاصة عندما يكون في وضع خطر فقد يختل توازنه ويسقط فخطر التعرض للأذى هو واحد من اشد جانب المشكلة خطورة فقد حدث ان هوى بعض الذين يمشون أثناء النوم من النوافذ بعد أن حسبوها أبوابا فيما يبدو.

ولقد أورد DSM IV المحكات التشخيصية التالية لاضطراب المشي أثناء النوم:

١- وقائع متكررة للنهوض من الفراش أثناء النوم والمشي وتحدث عادة أثناء الثلث الأول من واقعة النوم الرئيسية.

٢- خلال المشي أثناء النوم فان الشخص يكون في حالة فراغ فكرى وكأنه مربوط بوتر مع انعدام الاستجابة النسبية لمجهودات الآخرين للتواصل معه ويمكن إيقاظه بصعوبة كبيرة.

٣- في اليقظة بعد أي واقعة مشي أثناء النوم أو في باح اليوم التالي لا يتذكر الفرد أي شي مما حدث.

٤- خلال عدة دقائق من الاستيقاظ من واقعة المشي أثناء النوم لا يوجد أي تشوش أو فساد في الوظائف أو الأنشطة العقلية أو السلوك (على الرغم من وجود فترة قصيرة من الارتباك أو عدم التوجيه).

٥- المشي أثناء النوم بسبب اضطرابا إكلينيكيا واضحا أو فسادا في النواحي الاجتماعية أو المهنية أو المجالات الوظيفية الهامة الأخرى.

٦- لا ترجع الصعوبة إلى تأثيرات فسيولوجية مباشرة لاستخدام المواد كإدمان العقاقير أو استعمال العقاقير الدوائية ولا تكون جزءا من أي ظروف طبية أخرى. (عبد المعطي، ٢٠٠١)

علاج المشي أثناء النوم:

إذا وُجد الطفل يمشي وهو نائم فيجب أن يُقاد إلى سريره، ويمكن تحذيرك

عند حدوث هذه الحالة عن طريق ربط أجراس إلى باب غرفة الطفل، ويمكن الاستمرار في إعطاء الطفل الذي يتقبل الإيحاء بشكل كبير، إيحاءات مباشرة بأنه سوف يستيقظ تماما حالما يشعر بقدميه تلمسان الأرض أثناء الليل (إشارة استيقاظ)، وإذا كان من المعتاد أن يسبق المشي أثناء النوم كوابيس، فبإمكانك أن تقطع سلسلة الأحداث هذه بإيقاظ الطفل تماما.

سادساً: مقاومة الأطفال الصغار للنوم

لا يحب معظم الأطفال الذهاب للنوم، وغالبا ما يستيقظون في الليل ويطالبون بأن يحملوا وينتبه لهم، وتعتبر الوقاية هي العنصر الهام في معالجة هذه المقاومة لأنها تحل مشكلة الصراع القوي، وفيما يلي طرق الوقاية التي يمكن استخدامها لتجنب ذلك:

- ضع روتينا معتادا: إن تحديد روتين ثابت لموعد النوم مهم من أجل إقامة دورة معتادة للنوم والاستيقاظ، فوجود برنامج معتاد يمكن الطفل من أن يكون مستعدا جسميا للنوم في الساعة ذاتها من كل مساء، ولهذا تأكد من قيامك بتحديد ساعة معتادة لكل من النوم والاستيقاظ، ولا تغير هذه الأوقات إلا في المناسبات الخاصة.
- الإشعار المسبق: سوف يذهب الأطفال للنوم وهم أكثر استعدادا له عندما يتلقون من آبائهم إشعارا مسبقا باقتراب وقت النوم، لأنك إذا قلت للطفل فجأة اذهب للنوم فإنك تدعوه للمقاومة، ولكن أعط الطفل تحذيرا مسبقا قبل خمس أو عشر دقائق من موعد نومه بحيث يصبح مستعدا له.
- كن داعما للطفل: حاول أن تقرن الذهاب إلى النوم بأقصى درجة ممكنة من المسرات والمحبة والاسترخاء، كأن تقرأ للطفل أو تقص عليه قصة قبل النوم، أو تتلو معه دعاء المساء.
- كن حازما: اجعل الأمر واضحا بالنسبة للطفل فأنت تقبله قبلة (تصبح على خير) فهذا يعني أنها نهاية التفاعل بينكما لهذه الليلة، وبعد ذلك غادر الغرفة

دون تردد أو عدم تأكد وإذا لزم الأمر اخبره بأنك لن ترجع إلى غرفته مرة أخرى، وإذا بكي وانتحب بعد مغادرتك غرفته، تجاهل هذه الاحتجاجات التي تختفي، على الأغلب خلال بضع دقائق، والمهم هو أن تتوقع من طفلك الذهاب إلى النوم في الموعد نفسه كل ليلة.

- أعطه أشياء تبعث على الطمأنينة: إن وجود حرام (بطانية) أو لعبة محشوة على شكل حيوان قابلة للاحتضان في سرير الطفل يمكن أن يعطيه الكثير من الشعور بالأمن أثناء انتقاله من اليقظة إلى النوم.
- لا تستخدم النوم المبكر كعقوبة.
- عدم إيقاظ الطفل من نومه لأي سبب حتى ولو كان الآباء لا يرون الطفل طوال اليوم، ولا يغروهم بما يحضروه معهم من حلوى أو لعب، ولا يوقظ الطفل بعد نومه لحضور الضيوف أو الأقارب ورغبتهم في رؤيته إلا إذا كان الطفل قد استوفى الساعات التي يحتاجها للنوم.
- ألا يخيف الآباء الطفل قبل النوم، ولا يقصوا عليه قصصاً مرعبة، ولا يسمح للطفل بمشاهدة الأفلام المرعبة قبل النوم حتى لا يؤدي خوف الطفل إلى الأحلام المزعجة والكوابيس أو الفزع الليلي.
- يجب ألا ينتزع الآباء الطفل من الانهماك في لعبة ما أو نشاط محبب له انتزاعاً مفاجئاً لينام أو لأن موعد النوم قد حل، بل يجب أن نعطيه مهلة كافية للتهيؤ للنوم في جو هادى سار.
- عدم إظلام حجرة نوم الطفل فيرتبط النوم بالمخاوف التي تجعل الطفل مؤرقاً غير قادر على النوم أو يعاني الأحلام والكوابيس أو الفزع الليلي.
- إذا كان الطفل يقاوم الدخول في النوم: فيجب إقناعه بعدم النوم في النهار، وعدم إيوائه إلى الفراش إلا في الوقت الذي يشعر فيه بالحاجة للنوم. (عبد المعطي، ٢٠٠١)

سادساً : التبول اللاإرادي

التبول عملية دورية تحدث استجابة لتراكم السائل البولي في المثانة، حيث تزداد كميته بالتدريج حتى تصل المثانة إلى العتبة الفارقة Threshold التي يبدأ بعدها استدعاء الاستجابات التي تؤدي إلى تفريغ هذا القدر الذي لم تعد المثانة قادرة على تحمله، ثم تبدأ الدورة من جديد، والاستجابة هي انقباض عضلات المثانة وانبساط العضلات القابضة فعندما يزيد الضغط داخل المثانة فان مستقبلات الضغط في الطبقة العضلية لجدار المثانة ترسل تنبيهات إلى الحبل ألشوكي، ومنه إلى المخ، الذي تتبع منه الرغبة في التبول فإذا كانت الظروف غير مناسبة للتبول فان القشرة المخية ترسل نبضات تثبط جدار المثانة وتزيد من مرونته، وذلك بتثبيط العصب نظير السمبتاوي الذي يحدث ارتخاء في جدار المثانة، مما يسبب انخفاض الضغط داخلها، فتقل حدة الرغبة في التبول مؤقتاً، أما إذا كانت الظروف مناسبة فان القشرة المخية ترسل أشارات إلى المنطقة العجزية من الحبل ألشوكي فتنبه جدار المثانة وترتخي العضلة العاصرة الداخلية، وتثبط مركز التحكم في العضلة العاصرة الخارجية بفعل العكس، وهناك عضلات مساعدة تأخذ دورها في عملية التبول: حيث ترتخي عضلات المنطقة الشرجية وتنقبض عضلات جدار البطن مع هبوط الحجاب الحاجز والتوقف عن التنفس، فيزيد الضغط داخل البطن فيضغط على المثانة من الخارجة مما يزيد الضغط داخلها بدرجة عالية تساعد على تفريغها(عبد المعطي، ٢٠٠١)

ويظهر التبول في عدة أشكال:

١- **التبول اللاإرادي الأوليّ**: وهو التبول الذي يبدأ منذ ميلاد الطفل ولا يتمكن من ضبطه لعدم الوصول إلى النضج العضوي، وهو ينتشر عند نسبة تصل إلى ٨٦٪ من المتوسط من الأطفال.

٢- **التبول اللاإرادي الثانوي**: وهو التبول الذي يكون مسبوقاً بفترة تحكم وضبط العملية بشكل جيدة لفترة تتراوح بين ستة شهور وسنه، بعدها يعود إلى التبول اللاإرادي، وهو يتأثر بالظروف الأسرية والاضطرابات الانفعالية.

٣-**التبول اللاإرادي الليلي**: وهذا النوع هو الغالب حيث يحدث إخراج البول

أثناء النوم فقط، وتصل نسبته إلى حوالي ٦٦٪ من حالات التبول اللاإرادي وفي اغلب الحالات يستيقظ الطفل دون أن يذكر حلم ولا يذكر انه تبول وعادة يحدث البوال خلال الثلث الأول من النوم، وفي حالات قليليه يحدث خلال فترة النوم المصحوب بحركة العين السريعة (R.E.M) وهي التي قد يذكر الطفل فيها حلماً خلال عملية الإفراغ: كان يحلم بأنه يبول داخل دورة المياه أو انه في بحر أو في بانيو يقوم بالاستحمام.

٤- **التبول اللاإرادي النهاري:** وهو يحدث نهاراً خلال ساعات اليقظة وينتشر بنسبة تتراوح بين ٢، ٥ – ٥من حالات التبول اللاإرادي ,حيث يظهر بين أطفال السنوات الأولى من المرحلة الابتدائية مما سبب للطفل الخجل والإرباك فيضع يده على عضوه أو يضم رجليه بسرعة وقت نزول البول ولكن دون جدوى(عبد المعطي، ٢٠٠١).

٥- **التبول اللاإرادي الليلي/ نهاري:** وتصل نسبته ما يقارب من ثلث حالات التبول اللاإرادي، حيث يتكرر التبول اللاإرادي في الليل والنهار على حد سواء.

٦- **التبول اللاإرادي المزمن:** وهو يحدث بشكل انتكاسي بعد شفاء مؤقت لفترة ربما تطول مدتها، وربما فشلت أنواع وطرق العلاج الدوائي والنفسي والإرشادي السلوكي، ويؤدي إلى سوء تصرف الطفل ويصاحبه اضطرابات نفسية، ويرجع إلى أسباب عضوية وعصبية ونفسية، وقد يكون للدوافع اللاشعورية(كالرغبة في جذب الانتباه والاهتمام من الأم أو الرغبة في الانتقام) دور في استمرار المشكلة.

٧- **التبول اللاإرادي المصاحب للإحداث:** وهذا النوع من التبول يصاحب أحداث محددة ترتبط بالخوف والقلق: كالشجار الأسري، الامتحانات، سفر الأب أو الأم، قدوم مولود جديد أو الاحتفال بعيد ميلاد أخيه.

٨- **التبول اللاإرادي غير المنتظم:** وهي حالات متباعدة مبعثرة من التبول اللاإرادي، ترتبط بأحداث اليوم أو الليلة التي حدث فيها، وتختفي لتظهر بعد شهر، وقد يعود مرة أخرى بعد ثلاثة أشهر أو أكثر أو اقل حسب الظروف.

التبول اللاإرادي من أكثر الاضطرابات شيوعا في مرحلة الطفولة ويعني عدم قدرة الطفل على السيطرة على مثانته فلا يستطيع التحكم في انسياب البول. فإذا ما تبول الطفل في فراشه أثناء نومه سمي تبولا ليليا وإذا تبول أثناء لعبه أو جلوسه أو وقوفه سمي تبولا نهاريا.

ولا يعد تبول الطفل لاإراديا حتى سن الخامسة مشكلة ولا يعد تبلبل الطفل لفراشه وملابسه مرات قليلة مشكلة ما لم يتكرر العرض.

ويشخص بالدلالات الآتية، كما أوردها الدليل الإحصائي التشخيصي الرابع للاضطرابات العقلية (DSM- IV):

- التخلص المتكرر من البول في الفراش او الملابس لا إراديا او مقصودا
- أن يكون السلوك مستوفيا إكلينيكيا وهي: إما تكرار الحدث مرتين أسبوعيا لمدة ثلاثة شهور متتالية على الأقل، أو قلق أو ضعف في العلاقات الاجتماعية.
- يكون العمر الزمني ٥ سنوات على الأقل.
- ألا يكون السلوك بسبب الآثار الفسيولوجية المباشرة للمواد والأدوية المدرة للبول او الظروف الصحية العامة.

أسباب التبول اللاإرادي:

١- أسباب وراثية: يلعب العامل الوراثي دوره في حدوث هذه المشكلة فيرث الطفل هذا السلوك من والدية فهناك دلائل تحتاج إلى تأكيدات تشير إلى وجود علاقة وراثية بين الآباء والأطفال في مشكلة التبول اللاإرادي، فإذا كان أحد الوالدين يعاني من سلس البول تكون النسبة في الأطفال ٤٠ ٪ و تصبح ٧٠ ٪ إذا شمل كلا الوالدين. كما أن هناك علاقة بين تبول الأطفال وتبول إخوة لهم، كما أن الضعف العقلي الناتج عن خلل كروموزومي يصاحبه غالبا تبول لاإرادي.

٢- الأسباب الفسيولوجية والعضوية: كأمراض الجهاز البولي المتمثلة في التهاب المثانة أو التهاب قناة مجرى البول أو ضعف صمامات المثانة وربما التهاب الكليتين أو بسبب التهاب فتحة البول، كذلك بسبب فقر الدم ونقص



الفيتامينات إذ يؤدي الضعف العام لعدم السيطرة على عضلات المثانة وكثرة شرب السوائل قبل النوم. أو عدم نضج الجهاز العصبي حيث أن نقص نضج الجهاز العصبي المستقبل المسئول عن التحكم في عملية التبول يؤدى إلى ضعف قدرته على التحكم في النوم فيحدث التبول أثناءه. كما أن تضخم اللوزتين والزوائد الأنفية قد يتسبب للطفل في صعوبة في التنفس أثناء النوم، مما يؤدى إلى الإجهاد وعدم الراحة ،وربما الأرق الذي يتسبب أيضاً في حاجة أكثر إلى النوم والاستغراق فيه كتعويض، مما يؤدى إلى تفريغ المثانة أثناء هذا الاستغراق. كما أن نقص الهرمون المضاد لإفراز البول له علاقة بالتبول اللاإرادي. (عبد المعطي، ٢٠٠١)

٣- الأسباب الانفعالية: من مثل

- الشعور بالخوف كالخوف من الظلام أو الأشباح أو الحيوانات أو العقاب القاسي أو الأفلام المثيرة للرعب.
- إحساس الطفل بالغيرة من ولادة طفل جديد للأسرة، فمعظم الأطفال يميلون إلى أن يكونوا موضع اهتمام ورعاية من قبل والديهم ،فأن ذلك يعنى بالنسبة له فقدان الامتياز، والغيرة من مصدر الفقدان، وقد يدفع الطفل الغيور إلى النكوص واستخدام أسلوب طفلي يعيد له الرعاية مثل سلوك التبول.
- الخوف من فقدان الرعاية والاهتمام نتيجة قدوم مولود جديد.
- شعور الطفل بالحرمان العاطفي من جانب الأم إما بسبب غيابها المتكرر او الانفصال بين الوالدين.
- قلق الانفصال عن والديه بسبب ذهابه للروضة أو بسبب انفصال الوالدين عن بعضهما.

٤- أسباب اجتماعية وتربوية: من مثل

- تقصير الأبوين وعجزهم في تكوين عادة ضبط البول لدى الطفل عدم مبالاة الوالدين بمراقبة الطفل ومحاولة إيقاظه ليلا في الأوقات المناسبة لقضاء حاجته وإرشاده للذهاب إلى الحمام قبل النوم.

- سوء علاقة الطفل بأمه الذي يعود للأم مما يجعل تدريب الطفل على التحكم بعضلات المثانة أمرا صعبا.
- الاهتمام المبالغ فيه في التدريب على عملية الإخراج والتبول والنظافة وإتباع أسلوب القسوة والضرب والحرمان كي يتعلم الطفل التحكم في بوله.
- تعويد الطفل على التحكم في بوله في سن مبكرة وقد وجد أن حالات التبول اللاإرادي تنتشر بشكل أفضل لدى الأمهات اللاتي يبكرن في عملية تدريب أطفالهن على التحكم في البول.
- تدليل الطفل أو حمايته والتسامح معه عندما يتبول وهذا يعزز لدي الطفل هذا السلوك ويعتقد انه على صواب.
- التفكك الأسري وفقدان الطفل الشعور بالأمن كترك احد الوالدين للمنزل او الطلاق وكثرة الشجار من الوالدين أمام الأبناء.
- وفاة شخص عزيز على الأسرة وخاصة إذا كان ممن يعتني بالطفل.

الوقاية:

- عند تدريب الطفل على استخدام الحمام يجب تجنب القسوة الشديدة أو التوبيخ أو إشعار الطفل بالخزي لأن ذلك يجعله يحس بالذنب وأنه أقل من غيره، فيتولد لديه شعور بالقلق فلا يتعلم السيطرة على المثانة.
- ويجب أن يتخلص الطفل أولاً من عادة التبول نهاراً، ثم يتخلص من هذه المشكلة ليلاً.
- وعلى الآباء والأمهات عدم الضغط على الطفل في موضوع التبول قبل نضوجه العقلي، فقد يفقده ذلك الثقة بالنفس ويصعب عليه التحكم في مثانته وتجاهل الآباء للأمر يخلص الطفل من عادته هذه عند بلوغه سن السابعة من عمره مثلما يرى بعض العلماء.
- تأخير التدرب على التحكم بالمثانة حتى يبدأ الطفل يشعر بعدم الارتياح للتبول نهارا ويمتلك قدرة على ضبط التبرز حتى لا يفقد ثقته بنفسه، وتظهر علامات الاستعداد لهذه العادة في عمر ١٨-٢٤ شهرا.

علاج التبول اللاإرادي:

أولا: التحقق من سلامة الطفل عضويا وفحص جهازه البولي والتناسلي وجهاز الإخراج وإجراء التحاليل للبول والبراز والدم والفحص بالأشعة والفحص عند طبيب الأنف والإذن والحنجرة، وهذا الأمر يجب أن يتم قبل البدء بأي تدريب نفسي أو سلوكي للطفل.

ثانيا: العلاج النفسي

أ - إذا كان السبب يرجع لعدم إشباع الحاجات النفسية الضرورية للطفل كالحاجة للحب، للأمن، للطمأنينة، والثقة بالنفس، فلا بد من إكسابه كل ما يحتاجه من هذه العواطف والحاجات حتى يستعيد ثقته بنفسه ويتخلص من التبول اللاإرادي وكذلك يتخلص من الأعراض المصاحبة له كالخجل والشعور بالذل والنقص والميل إلى الوحدة والتأخر الدراسي.

ب - وإذا كان السبب يرجع لقلق الطفل والذي قد يكون من أسبابه ولادة طفل جديد أو الانتقال إلى منطقة جديدة أو نشوب شجار عائلي، أو غياب أحد الوالدين لفترة طويلة لأي سبب من الأسباب، أو إذا ظهر توتر خارجي لا يمكن التحكم به فلا بد أن يقوم الوالدان بإحاطة الطفل بمزيد من الاهتمام والدعم والتفهم. كما يمكن للوالدين قضاء وقت مع الطفل أثناء النهار لمشاركته في نشاطات ممتعة، واستخدام هذا الوقت لملاحظة الطفل ومحاولة الكشف عن جوانب الصراع أو التوتر غير المحلولة.

ج - الإقلال من التوتر: إذا اختفت هذه العادة عن الطفل فترة ثم عادت، فينبغي للوالدين أن يبحثا عن السبب، فلا بد أن يكون هناك طارئ سبب العودة إلى التبول، مثل ولادة طفل جديد في الأسرة، أو الانتقال إلى بيت جديد، أو خصام عائلي أو غياب لأحد الوالدين، وعندها يعمل الوالدان على تقليل أثر هذا الطارئ ويعطون الطفل المزيد من الاهتمام.

د - الجلوس مع الطفل وقت النوم: والتحدث معه لأن ذلك يسعده، فينام مسترخياً، ويحس بمحبتك له ودعمك له، ومن المستحسن أن تقضي مع طفلك وقتاً من النهار على انفراد لتكشف عن خبايا نفسه وصراعاته النفسية.

ثالثا: العلاج السلوكي

أ - طريقة الجرس والوسادة: ويتكون الجهاز من وسادة رقيقة خاصة توضع تحت الطفل على الفراش وتوصل بجرس كهربائي. وعندما تبتل الوسادة (أي عندما يبدأ الطفل بالتبول) فإن دائرة كهربائية تغلق فيحدث صوت عال موقظاً الطفل من نومه حيث يقوم بإغلاق جهاز الإنذار ويذهب للحمام ليكمل عملية التبول هناك (عبد المعطي، ٢٠٠١).

ب- زيادة استيعاب المثانة: عرف هذا الأسلوب في الأدب العلاجي باسم التدريب على الاحتفاظ بالبول، ويتضمن هذا الأسلوب إعطاء كميات كبيرة من السوائل للطفل وحثه على تأجيل التبول لفترات زمنية تزداد مدتها تدريجياً وتعزز عند قيامه بذلك (المصدر السابق، ٢٠٠١). ومن أشكال التدريب على الاحتفاظ بالبول أن يطلب من الطفل أن يشرب كميات كبيرة من الماء في الأيام التي لا يذهب فيها إلى الروضة أو المدرسة. وبعد قليل سوف يكون بحاجة إلى التبول فنشرح له أنه عندما يذهب إلى دورة المياه علية أن يطلق قليلاً من البول ثم يتوقف ... وبعد ذلك يطلق كمية أخري من البول ثم يحبسه بقوة أخري ويكرر ذلك مرات عديدة أثناء التبول. وبعد وقت قصير سوف تصبح العضلة العاصرة التي تشبه الحلقة قوية وتغلق بإحكام وسوف يتوقف عن التبول.

ج- فرض جزاء على الطفل: يطلب الوالدين من الطفل في سن المدرسة أو الروضة والذي ما يزال يتبول في فراشة أن يقوم بتغيير شراشف السرير المبللة وأن يقوم بنفسه بوضعها في الغسالة، ويبدو هذا نتيجة منطقية لسلوك التبول ولكن عند استخدامنا لهذا الإجراء لا نقوم بتوبيخه.

د- لوحة النجوم: وفيها تقوم الأم بالعمل التالي:

- تقوم بتصميم جدول للمكافآت الرمزية يحتوي على أيام الأسبوع من السبت إلى الجمعة يعلق في مكان بارز مشروبات-بعض الهدايا البسيطة- وكذلك شراء بعض النجوم اللاصقة.
- تقوم الأم بشرح البرنامج للطفل بعبارات بسيطة مناسبة، مثل (أريد أن

أساعدك على أن تتوقف عن التبول أثناء الليل-أو النهار حسب الطفل... وأنا اعرف انك كبرت وان هذا الأمر يسبب لك الإزعاج بسبب الرائحة والعمل الإضافي الذي يتطلبه غسيل أغطيتك وملاءات سريرك وملابسك... وسوف نستخدم برنامج مكافآت ولهذا أريد أن تختار الأشياء التي تعجبك من هذه القائمة (قائمة المدعمات)والآن إذا مرت هذه الليلة (في حالة التبول الليلي-أو هذا اليوم في حالة التبول النهاري) دون أن تبلل نفسك فستحصل على نجمة ذهبية توضع في هذا الجدول المعلق هناك وستحصل على مكافأتك فوراً.

- في حالة التبول الليلي تقوم الأم بتقديم المدعم المطلوب في اليوم التالي مباشرة إذا نجح الطفل في الحفاظ على عدم تبوله.... ويمكن تقديم الدعم فوراً يومياً في الأسبوع الأول ثم كل يومين في الأسبوع الثاني وكل أربعة أيام في الأسبوع الثالث إلى أن يتوقف المدعم المحسوس ولكن يجب الاستمرار لفترة طويلة في لصق النجوم عن كل ليلة تمر دون بلل.... وأيضا في حالة ما إذا كان الطفل يعاني من التبول اللاإرادي أثناء النهار يجب أن تقدم الأم المدعم المطلوب فوراً وتمتدح سلوك الطفل بعد ذهابه للحمام للتبول وتسأله ماذا يريد أن تكون هديته من قائمة الهدايا الموجودة لديه
- في حالة التبول الليلي إذا فشل الطفل في ليلة من الليالي وبلل نفسه لا توجه له الأم التأنيب أو النقد وعليها أن تكون هادئة وتكتفي بتعليق بسيط قائلة (لقد نسيت الليلة وبللت نفسك.... دعني آخذك حتى أبين لك كيف تضع ملابسك والأغطية المبللة في المكان المعد للغسيل.

هـ - تقليل كمية السوائل قبل النوم: ويمكن من خلال هذه الطريقة تحقيق بعض النجاح، وأيضاً الطلب من الطفل التبول قبل الذهاب إلى فراشه، وقد تجدي بعض العقاقير نفعاً لتخفف من التبول في الفراش، لكن عند التوقف عن العلاج يعود الأمر إلى سابق عهده.

و- الإيقاظ أثناء النوم: هذا الأسلوب تكون الخطوة الأولى هي معرفة الساعة

التي يتبول فيها الطفل يتمكن من خلال ذلك توقيت ساعة المنبه على الساعة المحددة وعندما ترن الساعة يستيقظ الطفل ويتبول في المرحاض، وبعد سبع ليال متواليات يقلل الزمن إلى أن يتعود الطفل الذهاب إلى المرحاض دون جرس ليلة بعد ليلة.

ز- عدم الإسراف في تخويفه وعقابه وتأنيبه وبث الطمأنينة في نفسه وإشعاره بالمسؤولية بإشراكه مع والديه والإيحاء له بأنه يستطيع السيطرة على بوله.

ح- تشجيعه عندما نجد فراشه نظيفا و استطاع أن يذهب لدورة المياه ومكافئته إذا كان فراشه غير مبلل وإخباره انه سيحرم من هذه المكافأة إن بلل فراشه.

ط- استخدام أسلوب الكف المتبادل: ونعني به كف نمطين سلوكيين مترابطين بسبب تداخلهما وإحلال استجابة متوافقة محل الاستجابة غير المتوافقة بكف النوم حتى يحدث الاستيقاظ والتبول وكف البول باكتساب عادة الاستيقاظ أي أن كف النوم يكف البوال وكف البوال يكف النوم بالتبادل.

سابعاً: المشكلات الجنسية

يعتقد البعض أن الأطفال لا يحتاجون إلى الرعاية الجنسية في هذا العمر، وهذا مما يخلق بعض المشكلات التي تظهر حاليا أو مستقبلا، حيث يلاحظ في هذا العمر زيادة الفضول الجنسي وحب الاستطلاع الجنسي، ويلاحظ البدء بالأسئلة الجنسية في الشكل العام وفي أعضاء التناسل وكيفية ولادة الأطفال؟ ومن أين يأتون؟ وتكون أسئلة بريئة، ويكثر اللعب الجنسي وخاصة عند الأطفال الذين يفتقدون إلى الراحة والعطف (يبدأ الذكر بلعب دور الأب او العريس او الطبيب والبنت تلعب دور العروسة)، كما يلاحظ اهتمام الطفل الذكر بأمه والتعلق بها انفعاليا، كما ان البنت تحب أباها، وقد تشعر البنت بنوع من الغيرة عند مشاهدتها الاختلاف بينها وبين الولد بالنسبة لأعضاء التناسل، ويبدأ لدى الأطفال في هذا السن استراق النظر والسمع للقضايا الجنسية الخاصة، كما يحب الاطفال في هذه المرحلة التعري ويلهون باللعب في اعضاء بعضهم البعض الجنسية أثناء التعري في حمام البيت، وفي ٦٠٪ من الحالات فإن البنات يستطعن

رؤية عورة الأولاد واكتشاف الفرق في التركيب التناسلي، بينما في ٣٠٪ من الحالات يكتشف الاطفال في هذه السن عورة الكبار، حيث قد لا يجد الكبار حرجا في التعري أمام الصغار.

وقد سميت هذه المرحلة بالمرحلة القضيبية حيث تتركز الشهوة هنا في الفرج والقضيب، ويكون الاطفال فضوليون حول كل شيء، وتظهر ألعاب الطبيب كطريقة في استكشاف الجسد، ويجب ان يعلم الاهل ان استكشاف الجسد ولمسه هو سلوك عادي ناتج عن الفضول.

ويمكن القول أن كل الظواهر السابقة هي طبيعية لدى الأطفال ويجب عدم الاهتمام الزائد بها، أو تفسيرها بطريقة خاطئة، ولكن بنفس الوقت قد تحدث مشكلات وانحرافات لدى الأطفال نتيجة عدم التربية الصحيحة في هذه المرحلة، ولذا على الوالدين مراعاة ما يلي للوقاية من حدوث مشكلات جنسية لاحقة:

- عدم المداعبة أمام الأطفال.
- عدم تخويف الذكر أو الأنثى من الجنس الآخر.
- عدم الغضب الزائد من لمس الطفل لعضو.
- الختان ضروري ومفيد عند البنين.
- عدم قمع أسئلة الطفل والعمل على حلها حسب فهم الطفل ودون الخوض في التفاصيل الزائدة ودون انفعال.
- لا بد من تزويد الطفل بالمعلومات حول كونه ذكر او أنثى.
- تشجيع الطفل على تقبل جنسه (ذكر، أنثى) وعدم التقليل من جنسه (قد يقول الآباء مثلا: ليتك لم تكن ولدا او بنتا)
- علاج اللعب الجنسي بحكمة بإعطاء بدائل للعب كالجري والتفاعل الاجتماعي.
- مراقبة الطفل ومشاركته في اللعب خاصة إذا كان يبالغ في اللعب الجنسي.

كما يمكن للوالدين أو المعلمة الإجابة على تساؤلات الأطفال البريئة بما يناسب عمرهم ومستواهم العقلي وحاجتهم، ولعل من أبرز الأسئلة والمواقف التي يمكن التعامل معها وقد تثير مشكلات لدى الأطفال في حالة لم يتم التعامل معها بالشكل الصحيح ما يلي:

السؤال	العمر المتوقع للسؤال	كيفية الإجابة عنه
كيف يأتي الطفل إلى هذا العالم؟	٣-٧	• يأتي الطفل من خلال العلاقة التي تحدث بين الرجل والمرأة وهذا يتطلب من الاثنين الزواج والسكن في مسكن واحد، ويشترك الأبوان في إنجاب الطفل فدور الأب مثل البذرة التي ترمى في الأرض وتمثل الأم هذه الأرض. • هنا يكتسب الطفل معلومات حول خصائص جسده واختلاف جسده عن جسد الآخرين من الجنس نفسه ومن الجنس الآخر. وتبدأ عملية إعطاء المعلومات هذه مع الإدراك الأول لوظائف الجسد وتستمر منذ الطفولة حتى سن الشباب. • ويمكن الافتراض أن هذه المسألة تشغل ذهن كل طفل وليس من النادر أن يثار هذا السؤال من خلال ولادة طفل جديد في محيط الطفل.
كيف يخرج الأطفال؟	٥-٧	• ويعتبر هذا السؤال ملحقاً بالسؤال السابق ومتعلقاً بالمعلومات المقدمة من خلاله، ويغلب أن ينشغل الأطفال بهذه المسألة في سن السادسة. وعند الإيضاح الخاطئ وغير الواضح أو عند عدم وجود الإجابة إطلاقاً حول مصدر الأطفال فإن الأطفال غالباً ما يطورون نظرياتهم الخاصة حول الولادة. • ولا عيب في ذكر المسألة بشكل عام ان الطفل يخرج من بطن الأم ولا يتم التحدث عن أي شيء جديد.
كيف يتكون الأطفال؟ ما هو دور الأب في ذلك؟	٥-٩	• ويقع هذا السؤال ضمن إطار التكاثر، ونجاح الإجابة يرتبط بشكل أساسي بالمثال أو القدوة التي يقتدي بها الطفل أو اليافع وهي في هذه الحال الوالدين. • فمن خلال سلوكهم وتعاملهم مع بعضهم وأسلوبهم في توزيع الأدوار الجنسية وموقفهم من المسائل الجنسية يقدمون النموذج الأول لأولادهم.

كيفية الإجابة عنه	العمر المتوقع للسؤال	السؤال
• ويمكن للوالد أن يخبر الطفل أن الحياة الزوجية تتكون من شريكين ذكرا وأنثى ويشتركان كلاهما في إنجاب الأطفال، وللوالد الدور في تحديد جنس المولود، ويقدم نصف الكر وموسومات.		
• ان هناك تقسيم في الحياة بين ادوار الرجل وادوار المرأة، من ناحية مهنية ويختلفان أيضا من ناحية جسمية فجسم الرجل يختلف فهو اقوي والمرأة اضعف ولذلك تحتاج المرأة للحنان، والاثنان يكملان بعضهما. • افترض ان سائق الباص الذي يوصلك للمدرسة كان عازبا فمن سيحضر الطعام ومن سيعمل على ترتيب بيته. كذلك ونتيجة اختلافات الاثنين الجسدية والحياتية نلاحظ اختلاف في لباس كل منهما ليناسب جسده، وهنا لا بد من توضيح ادوار الرجل والمرأة التي تناسب المجتمع.	٥-١٠	ما الفرق بين الولد والبنت، الرجل والمرأة؟
• لقد كان الطفل قبل ان يخلق في منتهى الصغر او اصغر من ذرة الغبار، وكل واحد كان بذرة ثم نمت في بطن الأم مثل حبة العدس او القمح، انظر يا ولدي إلى هذا النبات في الحديقة، لقد بدأ بذره في الأرض تعهدها الزراع بالرعاية، كذلك أنت بدأت كبذرة في بطن أمك وتعهدتك بالرعاية حتى نموت وخرجت إلى الوجود طفلا.	٣-٤	طفل يسأل أمه كيف تدخلين الطفل إلى بطنك؟
• يرقد الطفل في تجويف صغير ويصعب علينا رؤيته وهو يحمي الطفل شأنه شأن عش العصافير، ثم ننتقل للحديث عن تعشيش العصافير أتذكر ذلك العش ال.... وقريبا سنأكل دجاجة ذكرنا ان نريك التجويف في بطنها.	٥-٧	أين تحمل الأم الطفل في جسمها؟ ارني ذلك؟

كيفية الإجابة عنه	العمر المتوقع للسؤال	السؤال
• تمالك أعصابك كأب وأم أولا ولا تثير ضجة وبلبلة ولا تنسى ان الطفل شديد الذكاء وقد يتذكر كل سلوك تقوم به في المستقبل ويسبب له عقدة نقص. • لا تكثر من اللوم: لأن اللوم يولد لديه الشعور بالنقص والحقارة اللتين تؤديان به إلى شذوذ جنسي. • لا تعاقبه: لان الطفل لو كان شاذا هو مريض ويستحق عطفنا واحترامنا، فإذا كان قليلا تظاهر بعدم الانتباه، لا تجرح شعور الطفل، فكر جيدا قبل التصرف. • عرف الطفل أخيرا على المناطق التي يمكن اللعب بها ولماذا لا يفضل اللعب بأعضائه التناسلية وعرضها والحديث عنها. • أشغل يديه بألعاب أخرى يتعلم منها ويتسلى بها.	٥-٩	ابني يلعب بأعضائه التناسلية
• يجب ان لا نكثر من ذكر عبارة: ألا تخجل من وقوفك عاريا؟ وتعليمه المحافظة على الجسد وأن لا يراه أحد. • وكذلك إذا فاجئنا الطفل ونحن بحالة عري يجب ألا نثير فضوله بالارتداء بسرعة او تخويفه. وأقول معقبا: أنا لا أحب ان يرى جسدي أحد، ثم أقوم بارتداء ملابسي. • وبالمقابل يمكن التحدث مع الطفل بكل هدوء حول أهمية الملابس، وان سيدنا آدم عندما انزله الله على الأرض أول ما عمله هو السترة لعورته وعورة زوجته. • واللباس يضيف علينا الجمال والأناقة، ونعلمه الأوقات التي نخلع بها ملابسنا.	٤-٧	ابني يتعرى او بنتي
• يعتمد التعامل مع الحالة هذه بناء على تطور شخصية الطفل وإدراكه وسعة تخيلاته الجنسية ودرجة ذكائه وطبيعة ووضع الممارسة الجنسية ذاتها التي يقوم بها الوالدان.	٥-٩	شاهدني الطفل أثناء ممارسة الجماع

السؤال	العمر المتوقع للسؤال	كيفية الإجابة عنه
		• كما ويعتمد على ردة فعل الأبوين تجاه الطفل في تلك اللحظة وهل كانا غاضبين متضايقين من تصرفه. • وينصح ان يذهبا بعد فترة وجيزة إلى الطفل ويجلسان معه ويتحدثان معه بعموميات ويثيران فيه الهدوء والطمأنينة. • وإذا شعرا باستمرار التوتر لدى الطفل فيمكن الحديث معه حسب تفكيره، والاختصار بعبارة عندما تتزوج ستحب زوجتك كما أحب أمك.
ابنتي تريد من أبيها ان يغسلها	٥-٨	• لا يفضل عمل ذلك بل على الأب ان يبتعد عن النظر لابنته وهي عارية من بعد سن الثالثة، كما ينبغي ان لا يلامس أو يلعب بأعضائها التناسلية، حتى لا يثير ذلك فضولها، ويقوي الأعصاب الحسية مما سيجعلها تعتاد على ذلك. • ويجب تعويد الفتاة في هذه السن عدم خلع ملابسها الداخلية أمام أحد حتى لو كان أحد الوالدين.
يحدث ان ينزع الطفل لباس أخته	٤-٥	• على الأهل ان لا يعطوا ذلك أولوية في اهتماماتهم لأنه شيء عادي ومتوقع نتيجة تقارب الاثنين في العمر وعدم الوعي للقيم الاجتماعية. • والصحيح ان تأخذ الأم ولدها بعد الحادث جانبا وتقول له بكل هدوء: (لقد عرفت الآن منظر أختك، وكل البنات على شكلها، وكل الصبيان على شكلك).



الفصل السادس

مشكلات سلوكية

أولاً : فرط الحركة وتشتت الانتباه

برنامج علاجي لمعالجة الحركة الزائدة

ثانياً : السلوك العدواني

6

الفصل السادس

مشكلات سلوكية

أولاً: فرط الحركة وتشتت الانتباه Attention Deficit Hyperactivity Disorder

هناك توجه حديث في المجال النفسي والتربوي بأن هناك اضطرابًا مستقلاً يطلق عليه فرط النشاط و/ أو ضعف التركيز، أي أنهما قد يظهران معًا أو قد يكون كل منهما ظاهراً على حدة، ولكن من جانب آخر هناك من يعتقد بخطأ هذا الاعتقاد، ويعتبر فرط النشاط عرضًا لكثير من الاضطرابات المختلفة. الاهتمام: لا تعتبر من صعوبات التعلم و لكنها مشكلة سلوكية عند الطفل و يكون هؤلاء الأطفال عادة مفرطي النشاط واندفاعيين و لا يستطيعون التركيز على أمر ما لأكثر من دقائق فقط.

تعريف النشاط الحركي: يُعرَّف النشاط الحركي الزائد بأنه حركات جسمية تفوق الحد الطبيعي المعقول. و يعرف بأنه سلوك اندفاعي مفرط وغير ملائم للموقف وليس له هدف مباشر، و ينمو بشكل غير ملائم لعمر الطفل ويؤثر سلبا على سلوكه وتحصيله ويزداد عند الذكور أكثر منه عند الإناث (عبد المعطي، ٢٠٠١). وكثيرا ما يؤدي النضج والعلاج إلى التناقص في النشاط خلال سنوات المراهقة، إلا أن اضطراب النشاط الحركي الزائد وضعف القدرة على التركيز قد يستمر خلال سنوات الرشد عند بعض الأشخاص والذين يمكن تقديم المعالجة لهم أيضا.

الأعراض الظاهرة على الطفل ذي النشاط الحركي الزائد:

- الشرود الذهني وضعف التركيز على الأشياء التي تهمه وعدم الاستجابة للمثيرات الطارئة بسهولة.

- كثرة التململ والتذمر والنسيان.
- عدواني في حركاته، وسريع الانفعال ومتهور، ومندفع دون هدف محدد سرعة التحول من نشاط إلى نشاط آخر. وكأنه محرك يعمل دون توقف.
- عدم الالتزام بأداء المهمة التي بين يديه حتى إنهائها. وإذا سئل أجاب قبل انتهاء السؤال دون تفكير. ويتكلم بشكل مفرط.
- لا يستطيع أن يبقى ساكنا حيث يحرك يديه و قدميه، ويتلوى باستمرار ويضايق تلاميذ الصف، مع إشغاله بأمور سطحية أثناء الحصة.
- تأخر النمو اللغوي.
- الشعور بالإحباط لأتفه الأسباب مع تدني مستوى الثقة بالنفس.
- اضطراب العلاقة مع الآخرين حيث يقاطعهم، ويتدخل في شؤونهم ويزعجهم بشكل متكرر.
- عدم القدرة على التعبير عن الرأي الشخصي بوضوح.
- يثار بالضحك أو البكاء العنيف لأتفه الأسباب.

كما تشير الدراسات على أنه يصاب من ثلاثة إلى خمسة بالمائة من طلاب المدارس بهذه الحالة والذكور أكثر إصابة من الإناث، ويشكل وجود طفل مصاب بهذه الحالة مشكلة حقيقية أحيانا للأهل وحتى الطفل المصاب يدرك أحيانا مشكلته ولكنه لا يستطيع السيطرة على تصرفاته، و يجب على الوالدين معرفة ذلك ومنح الطفل المزيد من الحب و الحنان والدعم. ويعتبر الانتباه شرطاً أساسياً للتعلم والنجاح المدرسي، والطالب الذي يعاني من ضعف الانتباه يمكن أن تصدر عنه سلوكيات غير مناسبة في الصف تؤثر على تحصيله.

إن الانتباه مهارة قابله للتعلم، ويمكن للمعلمة في الروضة أن تسهم في تحسين مستوى مهارة الانتباه لدى الأطفال، والتخطيط لبرامج وقائية تقلل من احتمال حدوث حالات ضعف الانتباه ورسم برامج علاجيه لمساعدة الأطفال الذين تظهر لديهم هذه المشكلة.

يشير مفهوم تشتت الانتباه: إلى الوضع الذي يتجه فيه الانتباه إلى موضوع لا يتلاءم مع النشاطات الصفية. وفي تشتت الانتباه يكون الطفل منشغلاً معظم

الوقت بموضوعات خارجة عن نطاق الموضوع الدراسي مثل النظر إلى النافذة أو الرسم... إلخ.

وهو أحد المشكلات الشائعة لدى الأطفال، ومن الممكن أن يصاحب هذه الاضطرابات حالة من النشاط المفرط والزائد عن الحد (أو قد لا يصاحبها ذلك)، وتظهر هذه الاضطرابات بنسب أعلى لدى الأطفال الذكور وتحدث في سن ٢-٣ أعوام، ولا يلتفت إلى هذه الحالة بالمدرسة ويعانون من صعوبات في الاستيعاب والتركيز.

تم معرفة هذه المشكلة منذ عام ١٩٠٢، وكان يشار إليها "باضطرابات النشاط المفرط"، ولم تبدأ الأبحاث الجادة في دراسة هذه الحالة حتى الستينات والتي انطلقت بعدها العديد من الأبحاث. وتوجد اختلافات في تشخيص هذه المشكلات وخاصة من قبل العلماء في المجتمع الأمريكي والبريطاني: فالأمريكان يعرفون فيما يتعلق بالمواقف التي يتعرض لها الطفل والأحوال والظروف التي يوضع فيها. أما التعريف البريطاني فيقر بأنها حالة عامة وتسود في جميع المواقف والأحوال (أي أن هؤلاء الأطفال نشاطهم مفرط في كافة المواقف).

العوامل الخارجية والداخلية المؤثرة في الانتباه

يتأثر الانتباه بعوامل خارجية هي:

١- شدة المثير: كالصوت القوي والضوء الساطع.

٢- جدة المثير: المثيرات الجديدة بالنسبة للفرد تلفت انتباهه.

٣- تغير المثير: مثل اختلاف نغمة الصوت لدى المعلم عندما يتحدث عن موضوع معين.

كما يتأثر بعوامل داخلية وهي:

١- الاهتمام: الموضوعات التي يهتم بها الطالب تجذب انتباهه أكثر من التي لا تهمه.

٢- الحرمان الجسمي والاجتماعي: الموضوعات التي تتصل بحاجات الانتباه لدى الفرد تجذب انتباهه.

٣- التعب: الطالب المرهق جسمياً أو عقلياً يكون عرضه لتشتت الانتباه.

٤- مستوى الإثارة: وجود مستوى من القلق لدى الطالب يؤدي إلى حاله من الإثارة تزيد من دافعية الطالب للتعلم.

كما يتأثر الانتباه بـ:

١- المناخ الصفي: فعندما يكون الصف غير مناسب يؤدي إلى تشتت انتباه الطالب.

٢- جو القلق والتوتر في غرفة الصف يؤدي إلى ضعف الانتباه.

٣- عوامل مرتبطة بالطالب.

أسباب ضعف الانتباه الصفي ذات العلاقة بالطالب:

١- عوامل عصبية: تتعلق بالنضج العصبي أو صعوبات في الإدراك.

٢- عوامل نفسيه: مثل القلق وعدم الشعور بالأمن.

٣- التوجيه: يزيد الانتباه ويظهر التوجه الخارجي في الحالات التي يقوم فيها الطالب بجزء من العمل ثم يتوقف حتى يحصل على توجيهات.

٤- أحلام اليقظة: تقلل أحلام اليقظة من قدرة الطالب على تركيز الانتباه على المثيرات الخارجية.

٥- التعزيز الايجابي أو السلبي: يتعلم الطالب ضعف الانتباه إذا كوفئ عندما يتشتت انتباهه فيقول المعلم له بتعزيزه على هدوءه (تعزيز ايجابي) أو بالإعفاء من مهمة لا يرتاح إليها (تعزيز سلبي).

٦- تقليد نموذج: ضعيف الانتباه كالأب أو الأم.

الأسباب المحتملة وراء الإصابات بهذه الاضطرابات:

الأسباب: أسباب هذه الحالة غير معروفة تماما، ويمكن لأي مما يلي أن يكون سببا للحالة:

- اضطراب في المواد الكيماوية التي تحمل الرسائل إلى الدماغ.

- إذا كان احد الوالدين مصابا فقد يصاب الأبناء.
- قد ينجم المرض عن حالات التسمم المزمنة.
- قد تترافق الحالة مع مشاكل سلوكية أخرى.
- قد ينجم المرض عن أذية دماغية قديمة.
- بعض الدراسات الحديثة تشير إلى أن قلة النوم عند الطفل على المدى الطويل قد تكون سببا في هذه الحالة كما عند الأطفال المصابين بتضخم اللوزات.

وفيما يلي وصفا لهذه الأسباب:

١- تلف المخ العضوي:

الاحتمالات الأولى عن الأسباب الممكنة للإصابة باضطرابات نقص الانتباه كانت في عام ١٩٠٨ وتوصل إليها "تريد جولد" الذي أوضح أن النشاط المفرط لدى الطفل يتصل اتصالاً مباشراً بتلف المخ العضوي والذي ينشأ في اعتقاده عن إصابات يتعرض لها المخ، الحرمان من الأكسجين، مشاكل قد تعرض لها الجنين قبل ولادته، أو إصابة عند الميلاد. ومن المحتمل، أن يكون هناك مشكلة (عجز) في عملية التمثيل الغذائي لـ (Neurotransmitters) والتي تفرز مواد كيميائية في المخ بشكل طبيعي، وقد أثبتت العقاقير التالية:

- Methylphenidate (Ritalin)
- Dextroamphetamine (Dexedrine)

فاعلية في الحد من الأعراض لدى بعض الأطفال، وهذا يدعونا إلى أن يتجه تفكيرنا إلى إنتاج المادة الكيميائية بالمخ على نحو طبيعي، وبالرغم من نجاح هذه الأدوية في علاج السلوك إلا أن لها آثار جانبية بما فيه: الأرق، فقدان الشهية، ومشاكل متصلة بالمعدة.

وفي عام ١٩٧١ اقترح العالم (ويندرWender) أن بعض الأطفال يظهرون أعراضاً تتصل بخلل في النشاط الكيميائي بالمخ (Defective Inhibitory System) المسئولة بشكل مباشر عن اليقظة والانتباه والثواب والتي تترجم في صورة نشاط مفرط وزائد عن الحد، كما تجعل الطفل أقل حساسية وإدراكاً للثواب والعقاب

وبالتالي يتسبب في عدم مقدرته على التعلم بكفاءة، واستكمالاً للنتائج التي تم التوصل إليها فإن بعضاً من الباحثين توصلوا إلى أن هؤلاء الأطفال ليست لديهم المقدرة على تعديل سلوكهم بالانتباه إلى المواقف الجديدة.

وتلخيصاً لكل ما سبق أن تلف المخ العضوي لا يساهم في حدوث هذه الاضطرابات إلا في حالات معدودة.

٢- الجينات:

تلعب الجينات دورا أيضاً في إصابة الأطفال بهذه الاضطرابات حتى وإن كانت نسبتها ضئيلة، فقد أظهرت الدراسات أن الآباء الذين يعانون من النشاط المفرط لوحظ إصابة أبنائهم بعدم القدرة على الانتباه والتركيز (وتمثل هذه النسبة ١٠٪)، كما أن التوائم من بويضة واحدة أكثر عرضة للتعرض بالإصابة من التوائم من بويضتين. وقد توصل كلا العالمين "موريسون وسيتورات" عامي ١٩٧١و١٩٧٣ إلى أن الآباء الذين يعانون من بعض الاضطرابات النفسية يصاب أبنائهم باضطرابات الانتباه.

٣- العوامل البيئية:

الألوان الصناعية في العديد من الأطعمة، معدلات الرصاص في الجو، التلوث البيئي، وإضاءة المصابيح الفلوريسنت كل هذه العوامل مجتمعة أو منفصلة تسبب هذه الاضطرابات، على الرغم من الاختبارات التي تم إجراؤها على هذه العوامل ليست قوية بالدرجة إلا أن الحد منها أظهرت فاعلية مع بعض الحالات. كما أن السكر في المشروبات الفوارة من الممكن أن يؤدى إلى الإفراط في النشاط.

ومن العوامل البيئية الأخرى عوامل ما قبل وأثناء الولادة مثل تعرض الأم للإشعاع أو بعض العقاقير أو أمراض كالحصبة الألمانية، كذلك الحوادث ومنه إصابة مخ الجنين أثناء الولادة أو إصابته بعد الميلاد أو ضربه على رأسه، كذلك حدوث أمراض معدية كالحمى الشوكية أو الالتهاب السحائي، فيؤدي ذلك إلى إصابة المراكز العصبية في المخ والمسؤولة عن الانتباه، كذلك من العوامل البيئية

التسمم بالتوكسينات ومن ذلك التسمم بمادة الرصاص التي تدخل لعب الأطفال الخشبية وطلاء أقلام الرصاص، كذلك من العوامل البيئية الغذاء مثل الحساسية لبعض الأغذية التي تؤدي للنشاط الزائد.

٤- عوامل متصلة بالأسرة:

أظهرت دراسات "باتل ولاسى - Battle & Lacey" عام ١٩٧٢، أن أمهات الأطفال الذين يعانون من "A D H D" لا يظهرون أبداً أياً من علامات الحب والعاطفة لأبنائهم ومعاملتهم قاسية ويتعرض الأبناء للعقاب دائماً. ولكن في دراسة نفت الدراسة الأولى وأظهرت العكس هو أن هذا السلوك الصارم من قبل الأمهات هو رد فعل طبيعي لسلوك أبنائهم الشاذ، ومن الملاحظ أن الجدال هنا أخذ شكل الحلقة المفرغة أي أن السبب والأثر من الصعب انفصالهم بعضهم بعضا، وخاصة لأن الأطفال لا يصنفون تحت قائمة المصابين باضطرابات القدرة على التركيز والانتباه إلا عند التحاقهم بالمدرسة، ومعنى ذلك أن سبعة أعوام قد انقضت من عمر الطفل وهي من أكثر المراحل حرجاً في تكوين شخصيته وتنشئته ولكنها من الصعب خضوعها للدراسة والتحليل.

الأعراض:

قبل تشخيص هؤلاء الأطفال وإصدار حكم بأن لديهم فرط في النشاط وتشتت الانتباه، يجب التأكد مما يلي:

- التأكد أولاً من سلامة أجهزة النظر والسمع والكلام.
- إجراء اختبار مستوى الذكاء.
- إجراء بعض الفحوص المخبرية.
- ملاحظة سلوك الطفل في المدرسة والمنزل مهم أيضا.

من أعراض نقص الانتباه والنشاط الزائد: المغص، الاهتياج والإثارة، صعوبة السيطرة على الذات، عدم القدرة على الانتباه (وهذه هي السمة الغالبة والأساسية لهذه الاضطرابات)، الاندفاعية (وتتضمن عدم القدرة على التحكم في النفس وسهولة الاستثارة)، النشاط المفرط أو الزائد عن الحد (حيث يشكو الآباء والمدرسون من حركة أبنائهم الدائمة).

والشكوى الدائمة من عدم مقدرة هؤلاء على التكيف الاجتماعي (حيث يمكن وصفهم بعدم النضج، عدم التعاون، العدوانية، القيادية والتحكم في الآخرين، صعوبات في القراءة، وبعض المشاكل المتعلقة بالناحية التعليمية والأكاديمية وهي من أكثر الأعراض شيوعاً).

وأحيانا يكون من الصعب جدا تشخيص هذه الحالة حيث أنها تتشابه مع مشكلات كثيرة أخرى، وتبدأ الأعراض عادة قبل أن يبلغ الطفل سن السابعة ويجب قبل وضع التشخيص استبعاد كل الأمراض والاضطرابات العاطفية الأخرى، ويجد هؤلاء الأطفال صعوبة في التركيز ويكونون عادة اندفاعيين ولديهم زيادة في الحركة، وبعض الأطفال تكون مشكلتهم على شكل نقص انتباه دون فرط الحركة، و يجب التذكر أن أي طفل طبيعي يتصرف بهذه الطريقة أحيانا، أما الأطفال المصابين بكثرة الحركة ونقص الانتباه فهم دائما على نفس الحال من فرط النشاط.

وعادة تكون القدرات الذهنية لهؤلاء الأطفال طبيعية أو أقرب للطبيعية. وتكون المشكلة الأساسية لديهم هي أن فرط النشاط و/أو ضعف التركيز لا يساعدهم على الاستفادة من المعلومات أو المثيرات من حولهم، فتكون استفادتهم من التعليم العادي أو بالطريقة العادية ضعيفة، حيث يحتاجون أولاً للتحكم في سلوكيات فرط الحركة وضعف التركيز؛ وذلك لأن من الأعراض المعروفة لهذا الاضطراب:

أ - عدم إتمام نشاط والانتقال من نشاط إلى آخر دون إتمام الأول، حيث إن درجة الإحباط عند هذا الطفل منخفضة؛ ولذا فإنه مع فشله السريع في عمل شيء ما، فإنه يتركه ولا يحاول إكماله أو التفكير في إنهائه.

ب - عدم القدرة على متابعة معلومة سماعية أو بصرية للنهاية، مثل: برنامج تلفزيوني أو لعبة معينة، فهو لا يستطيع أن يحدد هدفاً لحركته، ففي طريقه لعمل شيء ما يجذبه شيء آخر.

ج - نسيان الأشياء الشخصية، بل تكرار النسيان.

د - عدم الترتيب والفوضى.

هـ - الحركة الزائدة المثيرة للانتباه، عدم الثبات بالمكان لفترة مناسبة، حيث يكون هذا الطفل دائم التململ مندفعاً.

و - فرط أو قلة النشاط.

ح - عدم الالتزام بالأوامر اللفظية، فهو يفشل في إتباع الأوامر مع عدم تأثير العقاب والتهديد فيه. وهذه بعض الأمثلة فقط.

ط - ويشكّل الصف المدرسي بما يتطلبه من انضباط ونظام وواجبات مهما كانت بسيطة عبئًا على هؤلاء الأطفال، ليس لأنهم لا يفهمون المطلوب، بل لأنهم لا يستطيعون التركيز والثبات في مكان والانتباه لفترة مناسبة "لتدخل" هذه المعلومة أو تلك إلى أذهانهم، وبالتالي تحليلها والاستفادة منها بشكل مناسب، طبعًا مع مراعاة ما يناسب كل سن على حدة.

وتساعدك القائمة التالية لتعرف فيما إذا كان الطفل مصابا بهذه الحالة: وهي للأطفال ما بين سن الثلاث إلى خمس سنوات:

- الطفل في حالة حركة مستمرة ولا يهدأ أبدا .
- يجد صعوبة بالغة في البقاء جالسا حتى انتهاء وقت تناول الطعام.
- يلعب لفترة قصيرة بلعبه و ينتقل بسرعة من عمل إلى آخر.
- يجد صعوبة في الاستجابة للطلبات البسيطة.
- يلعب بطريقة مزعجة أكثر من بقية الأطفال.
- لا يتوقف عن الكلام و يقاطع الآخرين.
- يجد صعوبة كبيرة في انتظار دوره في أمر ما.
- يأخذ الأشياء من بقية الأطفال دون الاكتراث لمشاعرهم.
- يسيء التصرف دائما.
- يجد صعوبة في الحفاظ على أصدقائه.
- يصفه المدرسون بأنه صعب التعامل.
- قد يعاني بعض هؤلاء الأطفال من بكاء مستمر.
- وهم عرضة للحوادث.

- والعديد منهم مندفعين.
- ويزعجون آباءهم والأشخاص الذين يعتنون بهم.
- ويقومون بإزعاج الأطفال الآخرين باستمرار.

سماته العاطفية:

- التهور، وسرعة الغضب والهيجان.
- الاستجابة بسرعة ودون تفكير.
- اللامبالاة بعواقب الأمور ونتائج تصرفاته.
- الميل إلى لوم الآخرين على تصرفاتهم الخاطئة.
- الإلحاح وعدم الصبر وعدم انتظار دوره.
- تذبذب المزاج وسرعة تقلبه.

سمات الأداء الأكاديمي:

- وجود صعوبات لديه في النطق.
- اعتماده على الآخرين باستمرار (اتكالي).
- عدم ترتيب الأفكار والعمل، وفقد الأدوات المدرسية في الغالب.
- انخفاض الاستجابة وانخفاض التفاعل مع الحوافز أو التخويف.
- صعوبة إيصال المعلومات التي يعرفها لغيره.

الحركة المفرطة والاندفاع/ التهور:

- الوصول في الوقت المناسب
- يجد صعوبة في إطاعة الأوامر
- يجد صعوبة في إتباع القواعد
- عصبي ونافذ الصبر
- لا يستطيع تأجيل حاجاته
- يتصرف دون تفكير
- يتحدث كثيرا بصوت عال وبسرعة.

الوقاية من ضعف الانتباه:

يمكن العمل على وقاية الطلبة من تشتت الانتباه عن طريق:

١- زيادة فرص النجاح والشعور بالكفاءة لدى الطالب ويتطلب ذلك أن يكلف الطالب القيام بأعمال ذات صعوبة متوسطه تقع ضمن إمكاناته.

٢- تعليم الانتباه وتعزيزه: إعطاء الطالب مهمات يحبها مثل الألعاب أو القصص وتشجيعه على القيام بالمهمة وتعزيزه مادياً أو معنوياً عندما يقوم بذلك.

علاج تشتت الانتباه والنشاط الزائد:

هناك خمس خطوات للعلاج:

١- فهم وتقبل حالة المشكلة والتركيز على أنها حالة مرضية تحتاج لعلاج.

٢- تحديد النتائج المرجو الوصول إليها.

٣- استخدام الأدوية التي تعدل من السلوك، في حالة كانت المشكلة تستدعي ذلك.

٤- إعادة تقييم العلاج غير الفعال.

٥- عناية ومتابعة على نحو مستمر.

ولكي يأتي العلاج بالنتائج المرجوة، لابد وأن تقوم المعلمة وبمساعدة الآباء بالحصول على بعض المعلومات لتحديد الخطة العلاجية.

- ويحتاج هؤلاء الأطفال إضافة إلى التشخيص المناسب إلى التدريب المناسب
- العلاج السلوكي: يعتمد العلاج السلوكي بالأساس على تعزيز الطفل لشيء يحبه، وتدريبه على التركيز أولا لمدة ١٠ دقائق، ثم ننتقل إلى زيادتها إلى ١٥ دقيقة، وهكذا.

لكن يشترط لنجاح هذه الإستراتيجية في التعديل أمران:

الأول: الصبر عليه واحتماله إلى أقصى درجة، فلا للعنف معه؛ لأن استخدام العنف معه ممكن أن يتحول إلى عناد، ثم إلى عدوان مضاعف؛ ولهذا يجب أن تكون المعلمة على علاقة جيدة بالطفل، ويتصف بدرجة عالية من الصبر، والتحمل، والتفهم لحالته.

الثاني: يجب أن يعلم الطفل بالتعزيز (الجائزة)، وأن يوضع أمامه لتذكيره كلما نسي، وأن يعطى التعزيز فور تمكنه من أداء العمل.

علاج تشتت الانتباه:

أولاً: إعطاء مهمات واضحة محددة جذابة وتقليل المشتتات: تزيد طول فترة الانتباه لدى ضعيفي الانتباه عندما تعطيهم مهمات ذات طبيعة محددة مع تعليمات واضحة حول ما هو مطلوب.

ثانياً: تعزيز إطالة فترة الانتباه: لا تقدم المعززات للطالب إلا بعد زيادة فترة الانتباه.

ثالثاً: تدريبات لإطالة فترة الانتباه:

أ - زيادة الانتباه من خلال التدريب على مهارات الاتصال.

ب - الانتقال بين الشكل والخلفية.

ج - انتقاء المثيرات السمعية المناسبة.

د - الملاحظة والتمييز.

هـ - الضبط الذاتي للانتباه.

رابعاً: التدخل التربوي:

- حجرة الدرس او الصف مجهزة بحيث تكون بعيدة عن الضوضاء.
- حجرة الدراسة او الصف جيد الإضاءة والتهوية.
- حجرة الدراسة او الصف تخلو من اللوحات
- يتم تدريس الطفل بطريقة فردية قدر الإمكان.
- لا تزيد مدة التركيز في البداية من ٥-١٥ دقيقة.
- لا تكثر المعلمة او الأهل من النقد للطالب، لأن ذلك يجعل الطالب عنيد.

خامسا: العلاج باللعب:

- وضع لائحة بالوسائل التي تحفز الذاكرة عند الطالب مثل البحث عن الاختلاف في رسمين متشابهين، أو البحث عن الكلمة الضائعة، أو اللعب بالدومينو الخ.

- ومشاركة الطفل باللعب، واختيار الألعاب المناسبة للطفل والحركية والتي تساعد الطفل على التنفيس الحركي عن ذاته.
- اختيار الألعاب التي تساعده في تنميته مهاراته الحركية وتساعده في التعلم في الوقت نفسه.

سادساً: العلاج الأسري:

- من خلال المناقشات الأسرية مع الطفل وإشراكه بالمناقشة.
- من خلال تجنب الشجارات داخل الأسرة أمام الطفل.
- من خلال تحميله لمسؤوليات بسيطة داخل الأسرة تشعره بالانتماء.
- من خلال المشاركة الأسرية في البرنامج العلاجي.
- من خلال الصبر عليه وعدم إهماله او القسوة عليه.
- من خلال المطالعة المستمرة للمساعدة في تحسينه وتعلم كل جديد حول مشكلته.

سابعاً: العلاج بالهوايات:

- وينبغي شغل وقت الطفل وتصريف طاقته وتحويلها من الهدم للبناء عبر ممارسة هوايات مختلفة.
- بالإضافة لممارسة إحدى الهوايات مثل الرسم.

ثامناً: العلاج من خلال الحواس:

- يجب أن يتم التواصل البصري مع الطفل مباشرة، وهو ما يسمّى (eye to eye contact)
- يجب أن يكون مكتب الطالب فارغًا من المشتتات البصرية من أشياء ملونة أو براقة أو ألعاب مع تقليل الأدوات المكتبية المستخدمة قدر المستطاع.
- ويفضل أن يكون مكتبه موجهًا للحائط، ومع الحرص على تقليل المثيرات المحسوسة بالمكان وما يلفت النظر ككرسي دوار أو متأرجح أو غير ذلك.

ثامناً : علاج من خلال الحواس السمعية

- يجب أن تتم المهمة بشكل جهري كالقراءة مثلاً مع تغيير نغمات الصوت

وانفعالاته بشكل يجذب الانتباه ويمتع في الوقت نفسه. ويجب خلو المكان من أي مشتتات سمعية أو أشياء تصدر أصوات ولو حتى غطاء القلم الذي يضغط فيحدث صوتًا، ويجب إعداد ملخص بعد الانتهاء من كل جزئية تم شرحها واسترجاع ملخصها مرة أخرى، ثم سؤاله عما استوعبه أو فهمه أو استمتع به مما قيل.

- العلاج من خلال الحواس اللمسية الحركية: يجب أن يتم التواصل باللمس عن طريق الربت أو التمليس على الشعر أو اليدين كل فترة من قبل والديه لتنبيه حاسة اللمس أيضًا.

تاسعاً: العلاج من خلال القدوة:

- وهو من الأساليب الهامة في علاج السلوك. والمقصود به تقديم نموذج توضيحي للسلوك المرغوب بطريقة صحيحة. ويتم جذب انتباه الطفل لمتابعة الأداء، ثم يطلب منه أن يحتذى به.

عاشراً: العلاج السلوكي من خلال التعزيز والتدعيم:

يساعد على بناء ثقة الطفل بنفسه وعلى تكرار الأعمال التي تلاقي استحساناً من القيمين عليه كأولياء الأمر والأساتذة. وجزء من التعزيز مادي ولفظي واجتماعي.

يجب أن يستخدم التعزيز بالبداية بشكل مكثف ثم يتم استخدامه بشكل متقطع. العبوس للتعبير عن عدم الرضا للأفعال غير اللائقة التي يقوم بها الطفل خارج المنزل ومحاسبته عن أفعاله غير اللائقة عند العودة إلى المنزل بأسلوب الوقت المحدد. يفضل استخدام العلاج السلوكي مع هؤلاء الأطفال لتدريبهم في التحكم في الذات وعلى الاسترخاء وتدريبهم على ملاحظة أنفسهم وفيما يلي بعضا من هذه الأساليب:

- يمكن استخدام التدعيم الإيجابي اللفظي للسلوك المناسب، وكذلك المادي، وذلك بمنح الطفل مجموعة من النقاط عند التزامه بالتعليمات، تكون محصلتها النهائية الوصول إلى عدد من النقاط تؤهله للحصول على مكافأة، أو هدية، أو مشاركة في رحلة، أو غيرها، وهذه الأساليب لتعديل السلوك

ناجحة ومجربة في كثير من السلوكيات السلبية، ومن ضمنها "النشاط الحركي الزائد"، ولكن يجب التعامل معها بجدية ووضوح حتى لا تفقد معناها وقيمتها عند الطفل، مع الأخذ في الاعتبار طبيعة الطفل، وأنه لا يمكنه الاستقرار والهدوء لفترة طويلة.

- جدولة المهام، والأعمال، والواجبات المطلوبة، والاهتمام بالإنجاز على مراحل مجزأة مع التدعيم والمكافأة. وذلك بشرح المطلوب من الطفل له بشكل بسيط ومناسب لسنه واستيعابه، والاستعانة بوسائل شرح مساعدة لفظية وبصرية مثل الصور والرسومات التوضيحية والكتابة لمن يستطيعون القراءة. وعمل خطوات معينة يجب عملها تبعًا لجدول معين وفي وقت معين)، ويتم تطبيق هذا البرنامج بواسطة المعلمة وبالتعاون مع الأهل، والمعلم، والطبيب (إذا كان هناك حاجة مرضية مثل نقص مواد معينة بالجسم أو وجود ضرورة التحكم في فرط النشاط عن طريق أدوية معينة).
- استخدام أسلوب تكلفة الاستجابة وهو إحدى فنيات تعديل السلوك، ويعني (فقدان الطفل لجزء من المعززات التي لديه نتيجة سلوكه غير المقبول، وهو ما سيؤدي إلى تقليل أو إيقاف ذلك السلوك) ومثل ذلك إلغاء بعض الألعاب، بل وسحبها مقابل كل تجاوز يقوم به الطفل خارج حدود التعليمات.
- استخدام العقود: ويعني بذلك عقد اتفاق واضح مع الطفل على أساس قيامه بسلوكيات معينة، ويقابلها جوائز معينة، والهدف هنا تعزيز السلوك الإيجابي وتدريب الطفل عليه، ويمكننا إطالة مدة العقد مع الوقت، ويجب هنا أن تكون الجوائز المقدمة صغيرة ومباشرة، وتقدم على أساس عمل حقيقي متوافق مع الشرط والعقد المتفق عليه، ومثال ذلك العقد:

سيحصل الطفل كل يوم على "عشرة قروش إضافية مثلاً -حسب الظروف- إذا التزم بالتالي:

- الجلوس بشكل هادئ أثناء تناول العشاء.
- ترتيب غرفته الخاصة قبل خروجه منها.
- إكمال واجباته اليومية في الوقت المحدد لها.

ويوقع على هذا العقد الأب والابن، ويلتزم الطرفان بما فيه، ويمكن للأب أن يقدم للطفل أو المراهق بعض المفاجآت الأخرى في نهاية الأسبوع، كاصطحابه في نزهة أو رحلة، أو أي عمل آخر محبب للابن إذا التزم ببنود العقد بشكل كامل، وتكون هذه المفاجآت معززاً آخر يضاف لما اتفق عليه في العقد.

- نظام النقطة: ويعني به أن تضع المعلمة أو الأب جدولاً يوميا مقسما إلى خانات مربعة صغيرة أمام كل يوم، ويوضع في هذه المربعات إشارة أو نقطة عن كل عمل إيجابي يقوم به الابن سواء إكماله لعمله أو جلوسه بشكل هادئ أو مشاركته لأقرانه في اللعب بلا مشاكل، ثم تحتسب له النقاط في نهاية الأسبوع، فإذا وصلت إلى عدد معين متفق عليه مع الطفل فإنه يكافأ على ذلك مكافأة رمزية.

- ومن المهم جدا أن تكون هذه اللوحة في مكان واضح ومشاهد للطفل حتى يراها في كل وقت، ونظام النقط ذلك مفيد للأطفال الذين لا يستجيبون للمديح أو الإطراء. وهي مفيدة لأنها تتتبع للسلوك بشكل مباشر، ولكن يجب فيها المبادرة بتقديم الجوائز المتفق عليها على ألا تكون مكلفة للأسرة، وأن تقدم بشكل واضح ودقيق حسب الاتفاق حتى لا تفقد معناها.

- ويمكن استخدام العلاج السلوكي المعرفي من خلال التخيل أنه يقوم بالأشياء يبطئ، ومن خلال تعليمهم كيفية حل المشكلات وضبط الذات والتدريب على المهارات الاجتماعية.

- وضوح اللغة وإيصال الرسالة: والمعنى هنا أن يعرف الطفل ما هو متوقع منه بوضوح وبدون غضب، وعلى المعلمات ووالديه أن يذكروا له السلوك اللائق في ذلك الوقت، فيقول الأب مثلاً: "إن القفز من مكان إلى آخر يمنعك من إتمام رسمك لهذه اللوحة الجميلة"، أو "إن استكمالك لهذه الواجبات سيكون أمراً رائعا". والمهم هنا هو وضوح العبارة والهدف للطفل، وتهيئته لما ينتظر منه، وتشجيعه على القيام والالتزام بذلك.

برنامج علاجي لمعالجة الحركة الزائد

أولا: معلومات أولية وأسرية

التاريخ: ....

الاسم: .... العمر: ....

الروضة: .... عدد الأخوة: ....

ترتيبه بين الأخوة: ....

تقييم الأب لسلوك الحالة: ....

تقييم الأم لسلوك الحالة: ....

تقييم الإخوة لسلوك الحالة: ....

وجود أخوه آخرين لديهم حركة زائدة: ....

طرق تنشئة الأهل لابنهم: (دلال، حماية زائدة، قسوة، إهمال، ضرب، مفاضلة، مقارنه) ....

محاولات سابقة لحل المشكلة: ....

هل يسكن أقارب مع الأسرة: ....

عمل الأب: .... عمل الأم: ....

مصروف الطالب اليومي: ....

ثانيا: معلومات صحية ونفسية

- ☐ هل هناك مشاكل صحية ترافق الطفل، اذكرها ....
- ☐ هل هناك مشاكل سلوكية ترافق الطفل مثل قضم الأظافر، مص الإبهام، تبول ليلي، العدوان، التأتاه، غيرها اذكرها ....
- ☐ العمر الذي شعر الأهل ان لدى الطفل حركة زائدة عنده ....
- ☐ هل يتناول أدوية للتخلص من مشكلته ....
- ☐ هل تزيد الحركة الزائدة في المدرسة أم في البيت ....
- ☐ هل يعتبر عصبي المزاج ....
- ☐ يطلب الذهاب إلى الحمام كثيراً ....
- ☐ نوعية الأغذية التي يتناولها (التي يفضلها) ....
- ☐ عدد ساعات النوم لدى الطالب: ....
- ☐ الطريقة المستخدمة في الولادة: ....
- ☐ هل يمتاز بالصوت المرتفع ....
- ☐ هل يحاول إخراج جميع الكلمات دفعة واحدة ....

☐ هل يعاني من التأتأه او التلعثم: ....

☐ هل معدل الكلام أكثر أم اقل من الطبيعي: ....

☐ هل يمتاز بسرعة التحول من نشاط لآخر: ....

☐ هل لدية اندفاع في حل المشاكل مما يؤدي إلى ارتكاب الكثير من الأخطاء: ....

ثالثا: معلومات تحصيلية

☐ استيعاب الطفل: ....

☐ إتباع الطفل للتعليمات: ....

☐ مستوى تحصيل الطفل في المدرسة: (ممتاز، جيد جدا، جيد، متوسط، ضعيف)

☐ المواد التي يعانني ضعف فيها: ....

☐ هل ينجز واجباته كاملة: ....

☐ هل يشكو المعلمون من حركته الزائدة ....

☐ نظرة الطفل للمدرسة ....

☐ هل يتشتت انتباهه بسرعة ....

رابعا: معلومات اجتماعية

☐ هل يقيم علاقات مع زملائه وضحها: ....

☐ هل يعتبر كثير الشجار مع زملاء: ....

☐ هل يكثر المزاح مع زملائه: ....

☐ هل يشتكي علية زملائه في الصف: ....

☐ ابرز أصدقائه: ....

☐ هل يشترك بالألعاب الجماعية: ....

خامساً: معلومات عامة

☐ هل يعبر عن ذاته بأنه خجول

☐ هل يشعر بالملل بسرعة

☐ هل يفضل الجلوس مع أشخاص لا يعرفهم

☐ هل يتشتت انتباهه كثيرا

☐ هل يفضل الأماكن المفتوحة

☐ هل يذهب للمدرسة برفقة أحد

☐ الهوايات التي يفضلها...

☐ كيفية قضاء أوقات الفراغ ....

☐ كيف يتعامل مع الجنس الآخر ....

☐ هل ينظر إلى المتحدث بعيونه ....

☐ البرامج التي يشاهدها في التلفاز ....

جلسة				
	لا شيء	قليلا	كثيرا نوعا ما	دائماً
مقياس الحركة الزائدة:	صفر	١	٢	٣
١- لا يستقر على حال				
٢- لا يتم المهمات المطلوبة منه				
٣- كثرة الخروج للحمام				
٤- يستفزه الآخرون بسرعة				
٥- عدم المقدرة على الجلوس في المقعد لفترة طويلة.				
٦- عدم جدوى الطرق الاعتيادية لضبطه				
٧- اندفاع في حل المشاكل				
٨- سوء التصرف مع الآخرين				
٩- كثرة التململ				
١٠- يحاول إخراج جميع الكلمات دفعة واحدة				
١١- يرغب بالحصول على كل نتيجة ممكنة				
١٢- مصر على القيام بكل شيء بنفسه				
١٣- لا يفضل المهمات ذات الطابع الروتيني				
١٤- لديه صفة عدم التركيز والانتباه لأي شيء عابر				
١٥- لديه نوبات غضب				
١٦- لديه معدل كلام أكثر من الآخرين				
١٧- لديه تآزر حركي ضعيف				
١٨- لديه قدرة ضعيفة على تحمل الإحباط				
١٩- يزعج ويستفز الآخرين بكثرة				
٢٠- غالباً ما يبكي وبسهولة				

- اعلى علامة على المقياس: ٦٠ والطفل الذي يحصل على ٣٥ من ٦٠ يتصف بالحركة الزائدة.

العلاج:

الجلسة الأولى:

استخدام تكتيك السلحفاء حيث تتم مساعدة الطفل على ضبط ذاته بإخباره قصة عن طفل اسمه، السلحف الصغير، الذي كان لا يحب المدرسة وبدلا من ان يهتم بالبقاء بعيدا عن المشاكل كان يسعى وراءها دائما، مثلا عندما يغضب كان يقوم بتمزيق كل أوراقه في الصف. وفي احد الأيام حيث كان ملحوظا علية انه غير سعيد قابل في طريقة (الأرنب) الذي بادره بقوله هيه . . أنت يا ولد عندي ما سأقوله لك. ألا تلاحظ بأنك تحمل الحل لمشكلتك عل ظهرك ولم يدري سلحف الصغير عما يتكلم الأرنب . . انه درعك. . قوقعتك . قوقعتك يا سلحف). اخذ الأرنب يصرخ لديك قوقعه لهذه الغاية إذ تستطيع ان تخبئ نفسك فيها كلما ورادتك هذه المشاعر بداخلك والتي تنبئك بأنك ستغضب او تصرخ او تركل او تقفز. . فعندما تكون في قوقعتك تستطيع ان ترتاح لبرهة من الزمن وان تفكر مليا بما يجب عليك عمله إزاء تلك المشاعر. لذا في المرة القادمة عندما تغضب فقط ادخل قوقعتك) وتستمر القصة مبينة كيف انه في اليوم التالي عندما بدا يغضب تذكر الأرنب حيث يدخل داخل قوقعته ويبقى بهذه الوضعية حتى يتوصل لفكرة بصدد ما يريد عمله وهنا لا بد من إعادة القصة على الطفل أكثر من مرة وتذكر الطفل بصفات القصة وربطها بتصرفاتنا وما يمكن ان نقوم به.

الجلسة الثانية:

- أسلوب إيقاف التفكير: حيث يشعر الطفل بحاجة إلى الحركة وبأنة يقوم بالأعمال بسرعة او بحاجة للغضب والعدوان فانه يوقف تلك الأفكار التي تتطلب حركة زائدة وان يعد ببطء حتى ١٠ أولا بصوت عال ثم بصوت منخفض ثم بينه وبين نفسه ويقوم الطفل باستعراض سلوكه ومراقبته وتعزيزه بنفسه (بتحقيق المرح لذاته).

الجلسة الثالثة:

التآزر: أداء تمرينات تآزرية متنوعة مثل تدريبات بسيطة لأصابع الطفل الذي يعاني من مشكلة التحكم بالحركات الدقيقة، تمرينات مشي ببطء وقوف ببطء.

الجلسة الرابعة:

العلاج باللعب: أما التفكير بالحل ونطلب من يفكر بعد ان تعطيه أسئلة سهلة او تمرينات تثبيت الجسم حيث يديه وقدمه على المقعد او أطول فترة ممكنة دون حركة. او لعبة الحجل على رجل واحدة ولا بد من تركيز.

الجلسة الخامسة:

- إعطاء الطفل تعليمات معينة مثلا كيف يتعامل مع المعلمة، الأهل، كيف يجيب على الطلبات وتعزيزه في حالة قيامه بهذه التعليمات بالشكل السليم.
- وفي هذه الجلسة يعقد برنامج تعزيز رمزي حيث تحدد السلوكات التي يقوم بها في الخط القاعدي وعندما تقل إلى حد معين يتم تعزيزه بنجمه أو أزرار وتستبدل عند حد معين بمعززات مادية او اجتماعية.

الجلسة السادسة:

- التخيل: يتخيل الطفل نفسه يجلس بهدوء في الصف مع إبقاء الأرجل الأربعة للكرسي على الأرض والنظر بشكل ثابت ومستقيم للمعلم مع الاستماع لكل كلمة يقولها ويتخيل نفسه يقوم بالحركة ١٦ مرة.
- وفي التخيل نتحدث له عن أهمية الكلام الداخلي والخارجي ونطلب منه ان يقول لنفسه ان اعمل كذا داخليا ونعلم التكلم مع ذاته كان يقول: أنا الآن اهبط بطائرتي يجب ان افعل ذلك بهدوء انزل شوي شوي بدي أدير بالي أحسن اخبط هاي كراجها ولازم أحطها فيه نشجع الطفل على ان يمثل دور برج المراقبة الذي يخبر الطيار بالتمهل والدوران. . . .
- ونعلم الطفل عبارات ذاتية بجمل بسيطة مثل قف، فكر، انتظر، يجب ان اعد للعشرة حتى اهدأ . . الخ.

الجلسة السابعة:

تعليم الطالب تقسيم المهمات إلى خطوات وإعطاء ٥ مهمات كأمثلة يمكن تقسيمها إلى خطوات ومساعدة الطالب على تقسيمها.

ثانياً: السلوك العدواني Aggression

أي شكل من أشكال السلوك الذي يتم توجيهه إلى كائن حي آخر ويكون هذا السلوك مزعجا له، وهو يهدف إلى أحداث نتائج تخريبية أو مكروهة أو السيطرة من خلال القوة الجسدية أو اللفظية على الآخرين، ويحدد انطلاقا من خصائص السلوك نفسه كالاعتداء الجسمي وشدة السلوك وخصائص الشخص المعتدي وخصائص المعتدى عليه، وتشترك التعاريف في أن العدوان: سلوك يهدف إلى تعمد إيذاء طرف آخر أو الأضرار به أو مخالفة العرف السائد في التعامل مع الناس ويأخذ صورا متعددة كالعدوان البدني أو اللفظي وقد يكون مباشرا أو غير مباشر.

ويعتبر العدوان عند الأطفال الصغار استجابة طبيعية وعرضا عاديا، حيث نلاحظه بكثرة على شكل غضب وصراخ ومشاجرات تعبر عن حاجة الطفل إلى حماية آمنة أو سعادته أو فرديته، أو تعبير عن محاولة لتذليل العقبات التي تواجهه أو تقف في سبيل تحقيق رغباته، ولهذا يعتبر العدوان ضروريا لحفظ التوازن الشخصي، ويساعد على نمو الذات والاستقلالية، وأحيانا يكون عدوان الطفل على شخص آخر هو وسيلة لغاية أبعد هي الحصول على اهتمام الآخرين ممن لهم أهمية خاصة عنده.

ويرى شيفر أن الطفل الذي يكثر عدوانه ويكون هذا العدوان شديدا لديه يميل إلى أن يكون قهريا، ومتهيجا، وغير ناضج، وضعيف التعبير عن مشاعره، كما يتصف الطفل العدواني بالتمركز حول الذات، ويجد صعوبة في تقبل النقد أو الإحباط، كما أن الأطفال الأقل ذكاء أكثر ميلا إلى العدوان من غيرهم الأكثر ذكاء.

هذا وقد يكون العدوان مؤقتا وعابرا، ونادرا ما يكون موجها نحو هدف معين، إنه يعبر عن حالة توتر نفسي تميل إلى الانتهاء بسلوكه الذي يفرغ من خلاله الشحنات الانفعالية التي يعاني منها، هذا ويظهر العدوان عند الذكور أكثر من الإناث.

تطور العدوان ونموه:

يظهر العدوان لدى الطفل، في مرحلة مبكرة من النمو؛ حين يبدأ عض ثدي الأم، بعد ظهور أسنانه، في النصف الثاني من عامه الأول. وهو سلوك قد يكون غير مقصود، أو ناتج من إحباط نقص اللبن. ولكن حين تبادله الأم العداء، فإنه يرد بزيادة العض على الثدي، التي قد تكون بداية لدائرة مفرغة من العدوان، بين الأم وطفلها.

والطفل، في هذه المرحلة وهي الفمية، يلزمه أن يكتسب الشعور بالأمان، والثقة بالآخر. وحين لا يتحقق له ذلك، ويقل الإشباع في هذه المرحلة، فإنه سوف يبالغ فيما بعد، في إنجازات المستقبل، وسوف تخفي مبالغته في الحاجة إلى الاحتياج إلى الثقة، وتصبح بديلاً منها. فبدلاً من أن يطلب الحب والقبول مباشرة، يلجأ إلى القوة للحصول عليهما، فينكر حاجته إلى الحب، ويبدو قاسياً عنيفاً، ولكنه في الحقيقة يمارس رد فعل لحاجته الماسة إلى الثقة والأمان، أي حاجته إلى الحب، بل قد يصل الأمر إلى الشك في الآخر والبارانوية (Para-noid)، فينكر شعور الحب الداخلي تجاه الآخر، فيصبح في صورة (أنا لا أحبه)، ثم يسقطه على الآخر، في صورة (هو لا يحبني)، ثم يحوله إلى (هو يكرهني)، ويحمل شعوراً بالاضطهاد، فيبرر لنفسه كراهية الآخر، ويعيش عداء مع العالم الخارجي. وحين يبادله العالم الخارجي عداء بعداء، فإنه يؤكد لنفسه ما سبق أن توهّمه من كراهية الآخرين، وعدم حبهم له.

وحين ينتقل الطفل إلى مرحلة الشرجية (عند فرويد)، أو الاستقلال، في مقابل الشك والخجل (Autonomy versus Shame and Doubt) عند إريكسون، يكون العدوان في صورة العناد والخوف من الخضوع لإرادة الأم، والمبالغة في رغبة الاستقلال، التي تخفي وراءها شعوراً بالتعلق والاعتمادية. وأحياناً، يكون العناد خطوة نحو إثبات الذات والاستقلال، إلاّ أن المبالغة هي التي تجعله سمة مرضية. وما العناد إلا شكل من العدوان السلبي. وهو أسلوب العدوان للضعيف، الذي لا قدرة له على مواجهة من هو أقوى منه. ويرتبط العدوان بهذه المرحلة؛ إذ إنها بداية للتحكم والسيطرة العضلية، سواء عضلات الوقوف

والمشي، أو عضلات التحكم في المخارج؛ وليس خافياً مدى ارتباط العدوان بالطاقة العضلية.

وحين ينتقل الطفل إلى مرحلة القضيبية (عند فرويد)، أو المبادرة في مقابل الشعور بالذنب (Initiation versus Guilt) عند إريكسون، فإن عدوانه يتجه نحو احتلال مركز من هو أفضل منه، الذي كثيراً ما يكون الأب، أو الأم، في حالة الطفلة الأنثى، فتكون المنافسة والطموح.

ونظراً إلى نقص إمكانات الطفل، مقارنة بأبيه، خلال هذه المنافسة، فإنه يعوض هذا الشعور بالنقص، بالمبالغة في انتصاره في الخيال. وقد يصل إلى تخيلات قتل الأب، مما يولد لديه الشعور بالذنب، ولكنه يسقط هذا العدوان على أبيه، فيتخيل أن أباه سينتقم منه، ويتمثل هذا في خوف الخصاء Castration Fear

وفي مرحلة الكمون عند فرويد، أو المثابرة من أجل تعلم مهنة، في مقابل الدونية (Industry versus Inferiority) عند إريكسون، يكبت الطفل صراعاته، وعدوانه. ويؤجل منافسته لأبيه، إلى أن يكتسب خبراته، ويصبح نداً له، فيتوحد به، ويجعله مثله الأعلى، تجنباً لانتقامه، بل يكتسب حبه ويتعلم منه. وإذا فشل الطفل في ذلك، لفساد بيئة المدرسة، أو غياب القدوة من جانب الوالدَين، واضطراب الأسْرة، فإن العدوان، يظهر في صورة اضطراب السلوك، إذ ينتهك الطفل حقوق الآخرين أو قِيم المجتمع وقوانينه.

وبشكل عام يمكن وصف تطور العدوان تبعا للعمر على النحو التالي:

أ - مرحلة المهد: تعتقد الأم أن ابنها يجيد تعكير المزاج، ولديه سرعة استثارة انفعالية، ويبدأ في العبث بكل شيء ويرفض طاعة الأوامر، والحقيقة أن المزاج لأغلب الرضع يتغير بين السنة الأولى من الحياة وسن ما قبل المدرسة، ويجب عدم تسمية الطفل بالعدواني والنظر إلى المزاج كصفة نمائية.

ب - أطفال سن ما قبل المدرسة: يظهر السلوك المشاكس والغضب ويميل إلى تأكيد الذات وقد يضرب ويكسر ويركل ويعض ويقذف اللعب ويصرخ، غير أن الأحداث المنفصلة لهذا السلوك خلال تلك المرحلة ليست مشكلة عدوان وفي سن أربع سنوات يصبح الطفل غاية في النشاط والوقاحة.

ج – الطفولة المبكرة: اللعب العدواني شكل طبيعي في سن ما قبل المدرسة وسنوات الطفولة المبكرة، واللعب العدواني الإيهامي العنيف ربما ينتج عن نمذجة ومن التلفاز، ويجب التمييز هنا بين اللعب الإيهامي العنيف والنشاط النمائي العادي، وتشير بعض الدراسات إلى أن اللعب الإيهامي العدواني مرتبط بالسلوك العدواني، ويجب أن يتساهل الوالدان إذا كان عدوان الطفل ناتجا عن الظروف المحيطة.

د – الطفولة الوسطى: عادة الطفولة الوسطى مرحلة انخفاض مشاكل السلوك عند الأطفال العاديين، ويهتم الأطفال بهذا السن بعلاقة الند بالند، وعلى الآباء بهذا السن أن لا يركزوا على إظهار أبنائهم لتأنيب الضمير لان الطفل لم يميز بعد القيم المتعلقة بذلك، وهنا يحتاج الأطفال إلى تعلم منع الدوافع العدوانية وليس مجرد أن يعتذروا بلطف بعد أن يؤذوا شخصا ما.

هـ – المراهقة: وهنا يقترب الأفراد من سلوك الراشدين، ويصبح المراهق قادرا على صنع الأحكام والتحكم في الدوافع بشكل أكثر.

ويشخص السلوك العدواني بالدلالات الآتية، كما أوردها الدليل الإحصائي التشخيصي الرابع للاضطرابات العقلية (DSM-IV):

يعتبر الطفل قد قام بسلوك عدواني إذا كان لديه نية للإيذاء وطبيعة العدوان اللفظي والبدني ومستوى الضرر الناتج والعلم بالنتيجة المحتملة، كما يجب الاهتمام بـ:

- خصائص السلوك نفسه كالاعتداء الحسي والاهانة وإتلاف الممتلكات
- شدة السلوك كحدة الصوت
- خصائص المعتدى عليه.

من أشكال من العدوان:

- العدوان البدني أو الجسمي: جسمي كالضرب واللكم للآخرين حيث يظهر باستخدام اليدين كأدوات فاعلة مستفيدا بذلك من قوته الجسدية تجاه الآخرين، وربما تكون الأظافر أو الأرجل أو الأسنان أدوات يستخدمها للتعبير

عن العدوان، وبعض الأطفال يستخدمون رؤوسهم في توجيه بعض الضربات تجاه الآخرين.

- العدوان اللفظي: كالشتم والصراخ للآخرين.
- تدمير الممتلكات.
- عدوان مادي اجتماعي: كالقتال من اجل الوطن ومطاردة مجرم.
- عدوان مادي غير اجتماعي: كاحتجاز إنسان وقتله والانتقام من ظالم بوحشية والخروج على المعايير والقيم.
- عدوان الغضب: وهو عدوان يثيره الإحباط ويأتي بعد الغضب.
- العدوان الموجه نحو الذات: يوجه الفرد عدوانه نحو ذاته كضربه لنفسه أو امتناعه عن النوم او الأكل أو يمزق الطفل ملابسه أو كتبه أو كراساته، أو يلطم وجهه أو يشد شعره، أو يضرب رأسه بالحائط أو السرير أو يجرح جسمه بأظافره، أو يعض أصابعه، أو يحرق أجزاء من جسمه.
- العدوان المباشر: يوجه الفرد العدوان إلى فرد آخر هو مصدر الإحباط مستخدما في ذلك قوته الجسدية.
- العدوان غير المباشر: عندما يفشل في توجيه العدوان إلى المصدر الأصلي فيحول العدوان إلى شخص آخر هو كبش الفداء لوجود صلة تربطه بالمصدر الأصلي(قد يكون شخصا أو ممتلكات).
- العدوان الايجابي: المقصود العدوان الصريح سواء لفظا أم بدنيا مباشرا أم غير مباشر يوجهه إلى فرد أو جماعة.
- العدوان السلبي: وهو عدوان ضمني مثل رفض الحديث مع شخص ما أو الاعتصام أو رفض أداء المهمة.
- العدوان الرمزي: ويرمز إلى احتقار الأخر وإهانته.
- العدوان الوسيطي: وهو العدوان الذي لا يصاحبه غضب ويمليه التنافس على مركز السلطة.
- العدوان الوسيلي: ويسلك به الفرد للوصول إلى أهداف معينة.

- العدوان التعبيري أو الاشاري: يستخدم فيه الفرد إشارات معينة مثل إخراج اللسان أو إظهار حركة قبضة اليد على اليد الأخرى، وقد يستخدم البصق أيضا.
- العدوان العشوائي: ويكون غير موجه نحو أهداف واضحة حيث يكون السلوك العدواني أهوجا وطائشا وذا دوافع غامضة غير مفهومة مثل أن يضرب الطفل كل من يمر عليه من الأطفال بلا سبب.
- العدوان الفردي: وقد يستهدف الطفل في عدوانه إيذاء شخص معين بذاته ربما يكون صديقا له أو شقيقا أو أي طرف آخر بعينه
- العدوان الجمعي: وقد يوجه الطفل سلوكه العدواني ضد أكثر من شخص كأن يوجه عدوانه إلى مجموعة من الأطفال ينهمكون في نشاط معين ويحاولون استبعاد هذا الطفل من بينهم، فيقترب منهم ويوجه عدوانه ضدهم (محمد، ٢٠٠٨).

أسباب العدوان:

١-الغرائز الفطرية: وهنا غريزة الموت توجه الدفعة العدوانية إلى خارج الفرد كوسيلة لحماية الذات، وسماها ادلر: إرادة القوة أو غريزة التفوق التي تهدف إلى أن يكون الإنسان مسيطرا على غيره.

٢-العوامل البيولوجية: وهنا البناء الجسمي لدى المجرمين يقترب بهم من الشراسة والعنف، ويوجد كذلك إفرازات هرمونية تعد الفرد للقتال مثل هرمون التستستيرون وهرمون الأدرينالين الذي ينشط المراكز العصبية في المخ.

٣-الوراثة: حيث قد يرث بعض الذكور خللا في كر وموسوم y، مثل وجود كروم وسوم xyy بشكل غير طبيعي.

٤-الإحباط: يرى دولارد وميلر أن العدوان استجابة للإحباط، ويروا أن الإحباط يعني إعاقة تحقيق الهدف وهذا بدوره يؤدي إلى استثارة دافع إيذاء الآخرين وعندما يكبح السلوك العدواني ويعاقب عليه فانه يلجأ إلى العدوان على الذات.

٥- التعلم الاجتماعي: فالسلوك العدواني هو سلوك اجتماعي متعلم كغيره من السلوكيات الأخرى، ويتم اكتسابه نتيجة النمذجة، وكذلك من خلال التنشئة الاجتماعية وكذلك أوضح باندورا إلى أهمية العمليات المعرفية في تنظيم السلوك العدواني مثل أن يقول العدواني أن الضحية ظالمة أساسا (توقعات الشخص).

٦- سمات الشخصية: وهو ما يشير إليه ايزنك: أن جميع الناس يولدون بأجهزة عصبية بعضهم سهل الاستثارة وبعضهم صعب الاستثارة، والشخصيات سهلة الاستثارة يكون لدى صاحبها استعداد سهل في أن يكون عدواني أو مجرم.

٧- العوامل النفسية: ومن العوامل النفسية التي تلعب دورا ما يلي:

أ - الرغبة في تحقيق وتأكيد الذات: فجو القهر والتسلط والتعسف في محيط الأسرة يعمل على إضعاف تأكيد الذات.

ب - الحاجة للحرية: فالحرية شرط ضروري للصحة النفسية والنمو السوي والأطفال الذين يشعرون أنهم لا حول لهم ولا قوة، يلجأون إلى العناد والتخريب ورفض الطعام والتبول اللاإرادي.

ج - الرغبة في الانتقام: وذلك من اجل إعادة الاستقرار والعدالة وهو يمحو العدوان الأول وكأنه دين استرده الدائن من المدين.

د - الإحساس بلذة التعذيب (السادية): وهو هنا يحقق لصاحبه الراحة والشعور بالقوة وينزل الألم على شخص آخر حتى الموت، ويكون لا حول له ولا قوة ولدى السادي الرغبة في تجريح مشاعر الآخرين.

٨- عوامل اجتماعية: وهي إما أن تكون في المدرسة مثل تفضيل المعلمين لبعض الطلبة أو صعوبة المنهاج، أو الفشل الدراسي، أو أسباب تعود للمعلم مثل: اضطرابه الانفعالي وهياجه أمام التلاميذ، أو عوامل تعود للأسرة مثل: التفكك الأسرى والطلاق وتعدد الزوجات وفقدان الترابط الأسرى وجهل الوالدين بأصول التربية وعصبية الآباء وثورتهم لأتفه الأسباب، أو أسباب تعود للرفاق كسوء معاملة الإقران وشعوره بالنقص وسط رفاقه.

٩- تعاطي العقاقير والمخدرات: ويؤدي الإدمان إلى العنف إلى طرق عدة فالسكر المتكرر يفقد الفرد القدرة على التحكم في ذاته، ويسبب تلفا في المخ من جراء تأثير المسكرات على الخلايا العصبية، مما يؤدي لتدهور الشخصية من خلال الشك والخوف اللذين لهما ما يبررهما فينعزل الفرد عن الناس، ويظهر الذهان البرانوي كأحد مضاعفات الإدمان. (محمد، ٢٠٠٨)

طرق الوقاية والعلاج:

للعدوان أضرار خطيرة تعود على الطفل نفسه وعلى المجتمع الذي يعيش فيه على حد سواء، فالعدوان يسبب للطفل فقرا في العلاقات الاجتماعية والإنسانية السوية، بالإضافة إلى ما يجره من اضطرابات جسمية ونفسية، ويمكن ذكر أهم طرق الوقاية والعلاج من العدوان كالتالي:

أولا: العلاج النفسي الفردي

ويحب أن يشمل الأسرة والمدرسة والوسط الاجتماعي ويتم استخدام أساليب مثل

١- دراسة حالة العدوان بدقة وذلك للوقوف على السبب أو الأسباب التي أدت إليه، فقد يكون السبب جسمي نتيجة لتعب أو مرض معين أو نتيجة لنشاط وطاقة زائدة تحتاج إلى تصريف، وقد يكون راجعا لنقص أو عاهة جسمية تسبب عجزا للفرد وشعورا بالنقص والدونية والإحباط والكبت لقلة حيلته وضعف قدراته وعجزه عن منافسة الآخرين، كما يجب بحث حالة الطفل النفسية والمدرسية وقدرته على التحصيل وعلاقته بوالديه ومدرسيه وزملائه وإخوانه أو كيفية شغل أوقات فراغه وهواياته وميوله.

٢- التدعيم الإيجابي والسلبي: ويقوم التدعيم الإيجابي على الثناء على الطفل عندما يقوم بسلوك إيجابي، أما التدعيم السلبي فيتضمن إزالة شيء غير مرغوب من الطفل إذا امتنع عن السلوك العدواني وكذلك يستخدم أسلوب الإقصاء عند قيام الطفل بالسلوك غير المرغوب

٣- التدريب على المهارات الاجتماعية: وهي سلسلة من الأنشطة تصمم لمجموعة

صغيرة لتعلم مهارات التفاعل والتواصل الاجتماعي الإيجابي مثل الاستماع والحديث بطريقة ملائمة وعدم التسرع في الحكم على الأمور.

٤- التدريب على التحكم في الباعث وقيادة الغضب: وهنا يتم تعليم الفرد أسلوب حل المشكلات ودراسة الموقف من جميع الجوانب والتريث عند مواجهة موقف صعب.

٥- محاولة تصحيح السلوك العدواني بتعديل مفهوم الذات لدى الطفل وحل الصراعات وإزالة التوتر.

٦- العلاج المعرفي: ويهدف إلى تبديل أفكار الطفل العدواني ومعتقداته نحو نفسه ونحو الآخرين، والتي قد يحملها وتسبب له العدوان من مثل: يجب أن أضرب كل من يرفع صوته علي، وإلا أكون طالبا ضعيفا، أو يجب أن آخذ حقي بيدي فلا أحد يمكن له مساعدتي.

ثانياً : العلاج الأسرى لتدريب الآباء على الأساليب السوية في معاملة الأبناء وإرشادهم وذلك على النحو التالي:

١- ضرورة الاعتدال في تنشئة الأطفال: ولهذا على الآباء والمربين عدم اللجوء إلى العدوان عندما يخطئ الطفل، بل لا بد من التحكم في هذا السلوك العدواني وكبحه قدر الإمكان، فالطفل يقلد والديه والكبار من حوله، إذا أن الكثير من الآباء يغضبون ويثورون لأسباب بسيطة في الحياة اليومية مما يؤدي إلى نقل هذا السلوك إلى الأبناء.

٢- لا بد من تعويد الطفل على تحمل الإحباط

٣- الإقلاع عن استفزاز أو معايرة الأبناء بأخطائهم

٤- الإقلاع عن الحزم المبالغ فيه والسيطرة المبالغ فيها

٥- الامتناع عن مقابلة غضب الأبناء بالغضب بل عليهم أن يكونوا قدوة حسن

٦- توفير الجو العائلي الهادئ القائم على المحبة والتعاون والثقة

٧- شغل أوقات الفراغ لدى أبنائهم باللعب والرياضة

٨- التقليل ما أمكن من التعرض لنماذج عدوانية

٩- تعزيز السلوك المرغوب فيه، فلا بد للأسرة من إظهار الرضا وامتداح الطفل في كل مرة يقوم بها في اللعب مع الأطفال الآخرين دون أن يظهر عنده العدوان أو المشاجرة معهم.

١٠- التجاهل المتعمد للسلوك العدواني شريطة أن لا يترتب عليه تهديد جسدي لسلامة الآخرين. (محمد، ٢٠٠٨)

ثالثاً: التوعية في الروضة ومن خلالها يتم التركيز على ما يلي:

١- إتاحة الفرصة للأطفال للتنفيس عن توتراتهم من خلال الأنشطة

٢- إمداد المعلمات بالمعلومات التربوية عن الأطفال ومشكلاتهم

٣- أن تقوم المعلمة بالتوعية من خلال المناقشات والمحاضرات والسيكودراما، ومن خلال استخدام أساليب الثواب والعقاب والتعزيز، ومن خلال استنفاذ الطاقات العدوانية في أنشطة مفيدة

رابعاً: العلاج بالعقاقير

ولن يتم الحديث عنه لأنه ليس من اختصاص معلمة الروضة.

7

الفصل السابع

كتابة خطة عملية وتطبيقها على الطفل

- خطط عملية للتدريب على مساعدة أطفال الروضة لحل المشكلات
- الضرب
- الغضب
- افتعال نوبات الغضب


7

الفصل السابع

كتابة خطة عملية وتطبيقها على الطفل

خطة عملية للتدريب على مساعدة أطفال الروضة في حل المشكلات

فيما يلي خطة عملية لمساعدة المعلمة أو المربية الفاضلة في معالجة مشكلة سلوكية لدى طفل روضة، وتبين هذه الحالة خطوات بسيطة لمساعدة الطفلة في التخلص من السلوك العدواني البارز من خلال العدوان على الآخرين.

شرح عن الحالة:

ليلى طفلة عمرها أربع سنوات تعمل أمها كامل الوقت، وقد انضمت إلى مركز الرعاية اليومية للطفل منذ سنتين تقريباً. وليلى طفلة ودودة كثير الكلام وتستمع بكل النشاطات التي تقدمها المعلمة، كما أنها واسعة الخيال، وتحب على وجه الخصوص لعب الأدوار في مجالات تدبير شؤون المنزل وبناء تركيبات محكمة من القطع، وركوب دراجتها الثلاثية على الطرق السريعة في فناء الملعب. وتحب أن تكون الزعيمة في اللعب الجماعي، وينقاد الأطفال عادة مع ليلى وعندما لا يفعلون ذلك فإنها تضرب أحدهم. وعندما تضرب طفلاً فإنها تذهب بعيداً قائلة أنه لا يحبها أحد. عندئذ تذهب المعلمة إلى ليلى عادة لتخبرها بأنها قد آذت الطفل الآخر وتمضي معها عدة دقائق قبل أن تتوقف ليلى عن التجهم وتوافق على أن تقول "أنا آسفة" للطفل الذي ضربته. وتعيد المعلمة طمأنة ليلى بأن الأطفال يحبونها ولكن تشرح لها بأن الأطفال لا يحبون أن تضربهم. وعادة تحتج ليلى بشدة ولا تسمح للمعلمة بأن تقنعها بغير ذلك إلا بعد مرور بعض الوقت. وحالما تتركها المعلمة تعاود ليلى الانضمام إلى مجموعة اللعب مؤكدة دورها القيادي مرة أخرى.

لمساعدة طفلة الروضة يمكن إتباع الخطوات التالية:

١- **حددي السلوك** : الطفلة تضرب الأطفال الآخرين بشكل منتظم.

٢- **لاحظي السلوك** : أمضي بعض الوقت في المراقبة وتجميع المعلومات التي تمكن من إعطائك تبصراً أكثر بالسلوك :

أ - متى تضرب الطفل عادة ؟

- في جميع الأوقات.
- في أوقات معينة، مثل في وقت متأخر من اليوم.
- خلال نشاطات أو أعمال يومية محددة.
- في الداخل.
- في الخارج.
- عندما يكون الأطفال متقاربين مثلاً خلال النشاطات الجماعية.
- خلال النشاطات المنظمة.
- عندما يكون للأطفال نشاطات حرة.

ب - ما الذي يبدو أنه يثير السلوك ؟

- أحد زملاء الفصل لديه شيء ترغبه الطفلة.
- أحد زملاء الفصل يأخذ شيئاً من الطفلة.
- المعلمة تقول لا للطفلة.
- لا تقدر الطفلة على إنهاء واجب.
- تدخل الطفل في مجادلة مع طفل آخر.
- دفعت الطفلة.
- الطفلة قريبة من الآخرين.
- الطفلة متعبة.

ج - من الضحية ؟

- عادة ما يكون نفس الطفل أو قلة معينة من الأطفال.
- أي أحد.

- الأطفال الخجولون فقط.
- الأطفال الجريئين فقط.
- الأطفال الأكبر أو أصغر سناً.
- الأطفال الأكبر أو اصغر حجماً.
- الأولاد.
- البنات.

د - **ماذا يحدث عندما تضرب الطفلة؟**

- تعترف الطفلة بالضرب.
- تنكر الطفلة الضرب.
- تشعر الطفلة بالتكدر عندما يبكي الطفل الآخر.
- تضرب الطفلة بالمقابل.
- قبل أن تضرب تراقب الطفل لترى إن كان أحد يلاحظها.
- تعتذر الطفلة أو تحاول أن تواسي الضحية.
- تبعد الطفلة عن الطفل المضروب.
- تبقى الطفلة قريباً من الضحية.

من هذا الجمع البسيط للمعلومات سيكون لديك فكرة عن لماذا ومتى تضرب الطفلة. هناك فرق بين الأطفال الذين يضربون لحماية الممتلكات والأطفال الذين يضربون بسبب الإحباط والأطفال الذين يضربون ليحصلوا على ما يريدون. لا يجوز السماح بالضرب لأي سبب ولكنك تستطيعين المساعدة في تفادي بعض مسببات الضرب بكونك يقظة ومدركة لما يحصل.

٣- **استكشفي النتائج** : تكرار الطفلة لضرب الآخرين يزيد من احتمال أن تتصرف المعلمة بطريقة خاطئة، وبما أنه يلزم تفادي الأضرار بالطفل الآخر حتى ما كان ذلك ممكناً فإن الاستجابة عادة ما تكون توبيخاً وتأنيب الضاربة. وقد تمضي المعلمة بعض الدقائق مع الطفلة كل مرة يحدث فيها الضرب موضحة الخطأ الذي ارتكب ولماذا يجب الامتناع عن ضرب الآخرين. وهذا الاهتمام قد يكون سلبياً ولكنه اهتمام على أي حال. إن الطفلة التي تضرب

هي على إدراك بين إلا فيما ندر أنها ترتكب عملاً غير مناسب. وهذا الإدراك تؤكده الطفلة الذي تجيل النظر حولها لترى إن كان يراقبها أحد قبل أن تضرب أو تسارع إلى الاعتذار حال حصول عملية الضرب. وبمرور الوقت فإن المعلمة تعزز قناعة الطفلة بأن الطريقة الفعالة للحصول على الاهتمام هو بضرب طفل آخر.

٤- **ادرسي البدائل** : قد تجدين من ملاحظتك العفوية علاجاً بسيطاً لمشكلة الضاربة. فكري ملياً في بعض الاحتمالات التالية :

- أن كانت الطفلة تضرب بنفس الطفل فإنه يمكن النظر في الفصل بين الاثنين. فمن المحتمل جداً أن الضحية تستفز بطريقة ما الطفلة الأخرى لتضربها. إبعاد أحدهما من مسرح المحادثة قد يفيد وأن أمكن وضع أحد الطفلين في فصل آخر فإنه يستحسن عمل ذلك، وإن لم يكن ذلك ممكناً فه يجب عليك اليقظة كل الوقت لمكان وجود الطفلين وأن تبذلي الجهد لإبقائهما منفصلين وأن تجد الضاربة هدفاً إذا لم تكن الطفلة الأخرى جالسة بجوارها أو أنها تلعب في مكان آخر في الغرفة.

- قد يؤدي التزاحم إلى استشارة الضرب عند بعض الأطفال، ومن ثم فإن من المفيد إنقاص عدد المرات التي يحدث فيها التزاحم، تخلصي من تشكيل الصفوف باستعمال طرق أخرى في تدبير الجماعات عند نقل الأطفال من نشاط إلى آخر. وعلى سبيل المثال، أصرفي عدداً قليلاً من الأطفال للذهاب إلى المنطقة التالية ويمكن إنقاص التزاحم وقت النشاط الجماعي أو طلب إلى الأطفال الجلوس في دائرة أو شبه دائرة واسعة. ويمكنك الجلوس بجانب أو بين بعض الأطفال للتأكد من تفادي مشاكل محتملة. قولي؟ أني أحب كثيراً الجلوس معكم اليوم أو هلا جلست إلى جانبي لتكون مساعدي الخاص؟

- وإن كانت الطفلة تميل إلى الضرب عندما تكون محبطة فعليك أن تكوني على دراية أكثر بالحالات التي يحدث فيها الإحباط لها. فمثلاً، إن كان

اللغز puzzle صعباً على الطفلة أجلسي معها وساعديها على إتمام اللغز أو اقترحي آخر سهل. وهذا يفيد الطفلة في تحقيق نجاح أكثر مما يقلل من الإحباط وما يتبعه من ضرب.

- أفحصي الغرفة للتأكد من أن المواد المتاحة والنشاطات مناسبة لأعمار الأطفال في المجموعة وأنه يوجد ما يكفي منها. إن كانت المواد بسيطة جداً أو صعبة جداً أو نادرة فإن الملل والإحباط قد يؤديان إلى سلوك غير مرغوب فيه مثل الضرب.

وإن لم ينفع الحل للمشكلة ضمن أي من هذه المقترحات فأنه يجب عليك إتباع طريقة للمعالجة أكثر تفصيلاً.

٥- **حددي الهدف** : الهدف هو توقف الطفلة عن ضرب الأطفال الآخرين.

٦- **الإجراء** : تنطوي الخطة الأساسية على ثلاثة إجراءات متزامنة :

- حاولي منع أحداث الضرب.
- اثني على الطفلة لسلوكها الاجتماعي المرغوب.
- استعملي العزل لو أن الطفلة ضربت آخر فعلاً.

الضرب

التعريف :

الضرب هو "أي حالة للعدوان المتعمد فيها أن يضرب أحد الأطفال طفلاً آخر".

الخط القاعدي :

من الضروري قبل إجراء التغييرات معرفة عدد المرات التي تضرب فيها الطفلة طفلاً آخر في الفصل. وتوفر هذه المعلومات خطاً قاعدياً أرزاء قياس التحسين. وكلما ضربت الطفلة دوني هذا الحدث بعلامة على الورقة وفي آخر اليوم اجمعي هذه العلامات وسجلي العدد على رسم حفظ السجيل. استمر على هذا الأسلوب لثلاثة أيام متعاقبة.

البرنامج :

وبعد أن تكوني قد جمعت معلومات الخط القاعدي ابدئي بالبرنامج التالي ومن المهم أن تتبع كل المعلمات نفس الإجراء بانتظام.

امنعي حدوث الضرب كلما كان ذلك ممكناً. من ملاحظاتك العفوية يمكنك تكوين فكرة عن متى تتوقعين حدوث الضرب وكوني يقظة بالذات في هذه الأوقات. والحكمة التي تقول "أوقية من الوقاية خير من رطل من العلاج" مناسبة جداً هنا أمنعي الضرب بالتيقظ لمؤشراته. فمثلاً لو أن طفلة تنتهي إلى الضرب كلما لعبت بالقوالب blocks كوني في منطقة القوالب عندما تكون الطفلة هناك. عللي الحاجة إلى مشاطرة القوالب ووفري الفرصة للعب بالتعاون مع طفل آخر. وأريها بالفعل كيف يكون السلوك المناسب وسهلي التفاعل الاجتماعي الإيجابي. انظري ماري تود اللعب معنا في منطقة القوالب كذلك، ماري أننا نبني حظيرة، هلا أعتنينا على البحث عن هذا الحجم للقالب من أجل الحيطان؟ وبكلام آخر اصنعي وضعاً ايجابياً من شيء قد يكون سلبياً، بهذه الطريقة فإن الطفلة في النهاية ستكسب المهارات التي تمكنها من التعامل مع الظروف بطرق أخرى غير الضرب. وباكتساب البدائل للضرب فإن الضرب سيقل وباختفاء الضرب تدريجياً فإنه يمكنك الركون إلى قدرة الطفلة على السيطرة على نفسها ومن ثم تخففين من الاحتراس المتواصل.

اثني على الطفلة من أجل السلوك الاجتماعي المرغوب، في نفس الوقت الذي تراقبين فيه احتمال قيام الطفلة بالضرب لاحظي السلوك الايجابي كذلك. وعندما نتعامل مع الطفلة مع حالة اجتماعية بشكل جيد أشعريها بذلك. دعي الطفلة تعرف كم أنت سعيدة تذكري أنه كلما تناقص الضرب فأن الاهتمام السلبي يتناقص كذلك فالفرص للتوبيخ والتأنيب هي أقل الآن. ولكن الطفلة لا زالت تحتاج وترغب بالاهتمام والاهتمام الموجه للسلوك الإيجابي يساعد على استمرارية السلوك المناسب. فلو كانت تنقص الطفلة المهارات الاجتماعية فإن من المهم على وجه الخصوص تعزيز حتى السلوك المقارب للسلوك المناسب.

إذا ضربت الطفلة طفلاً آخر فعلاً فاستعملي العزل، إذا ضربت الطفلة طفلاً آخر اعملي الآتي :

١- تأكدي بسرعة أن الطفل المضروب بخير، وأن أمكن فسيتحسن أن تهتم معلمة أخرى بالضحية.

٢- بهدوء خذي الطفلة المعتدية إلى منطقة العزل. أقري بحزم ولكن بهدوء " لا أسمح لك بأن تؤذي الأطفال الآخرين" يجب عليك أن تجلسي هنا إلى أن أخبرك أنه يمكنك النهوض.

٣- لاحظي الوقت وابتعدي عن الطفلة، لا تتحدثي مع الطفلة أو تنظري إليها خلال فترة العزل.

٤- إن اقترب طفل آخر من منطقة العزل أبعديه فوراً وبهدوء، واجعليه يفهم أن ليلى تحتاج إلى أن تكون لوحدها لدقائق عدة ويمكنك الحديث معها عندما ترجع إلى الفصل.

٥- عند نهاية وقت العزل اذهبي حالاً إلى الطفلة وقولي لها: يمكنك النهوض الآن، لا توبخي فالطفلة تعرف سبب العزل. ولتوجهي الطفلة نحو سلوك بناء قد تقترحين مشاركتها في نشاط قائم.

استمر في تسجيل السلوك بيانياً. للتأكد من أن التغيير يحدث فعلاً واصلي تسجيل أي حادثة ضرب على رسم حفظ السجل، إذ أن التحسن سيكون تدريجياً على الأرجح ولكن بالتسجيل على الرسم البياني ستكونين قادرة على رؤية التغيير بالرغم من أن السلوك لن ينتهي تماماً لبعض الوقت ولكن النقص في حالات الضرب سيكون مشجعاً لأنه يعني أن هناك تحسناً في السلوك.

المحافظة على السلوك المرغوب :

حال التخلص من الضرب تأكدي من المواظبة على إعطاء الاهتمام بالسلوك الاجتماعي المناسب، دعي الطفلة تعرف كم أنت تقدرين منها رغبتها استبدال ما اعتادته من الضرب غير المناسب بمهارات اجتماعية جديدة.

وفيما يلي مثال آخر لمعالجة مشكلة انفعالية لدى طفلة أخرى وهي مشكلة الغضب.

الغضب

افتعال نوبات الغضب

١- وصف مختصر للحالة:

ميسون تعالي إلى هنا هيا انهضي، فهذا سخف رجاء أنهضي ولكن ميسون ذات الثلاث سنوات من العمر تستمر في الاستلقاء على الأرض ترفس بقدميها وتحرك يديها بعنف وتبكي. تحاول المعلمة أن ترفع ميسون عن الأرض ولا تنجح إلا بعد أن تركلها ميسون على ذقنها. وتشنج ميسون جسمها وترفض أن يمسكها أحد وتظل تصرخ وتركل برجليها وتضرب بيديها. تفلت ميسون من قبضة المعلمة فتتركها تذهب وتركض ميسون لبضعة أقدام لترتمي مرة أخرى على الأرض وتعاود نوبة الغضب. والأطفال خلال كل ذلك يراقبون الموقف وتنضم إحدى المعلمات لتساعد الأخرى قائلة للطفل بجزم ميسون انهضي الآن وكفي عن هذا الهراء. ولكن ميسون تواصل العويل والرفس وأخيراً بعد مجاهدة من المعلمتين تستمر عدة دقائق تخفف ميسون من بكائها وتجلس في النهاية لتسمح للمعلمة بتهدئتها. وتتنهد المعلمات علامة الارتياح ولكنهن يعرفن بأن هذا الهدوء مؤقت لأنه ما من شك بأن ميسون سوف تقوم بافتعال نوبات أخرى قريباً.

٢- حددي السلوك:

تقوم الطفلة بافتعال نوبات الغضب عندما لا تحصل على ما تريد.

٣- لاحظي السلوك :

أمض بعض الوقت في ملاحظة الطفلة لمعرفة ما يثير هذه النوبات وماذا يحصل عندما تفتعل الطفلة نوبة الغضب.

أ - متى تحدث النوبات غالباً ؟

- غير معروف في أي وقت خلال النهار.

- خلال الأوقات المنظمة التي يتوقع فيها من الأطفال أتباع إرشادات معينة.
- خلال النشاطات الاختيارية.
- في الخارج.
- خلال وقت التنظيف.
- عند التحول من نشاط إلى آخر.
- عند وقت المغادرة إلى المنزل.
- مبكراً، حالما تصل الطفلة إلى المدرسة.
- خلال وقت القيلولة.
- خلال وجبات الطعام.

ب - مع من تحدث النوبات ؟
- معلمة معينة.
- أي من الكبار.
- أحد والدي الطفلة أو كلاهما.
- أطفال معينين.

ج - ماذا يحدث للطفلة قبيل أن تفتعل نوبة الغضب ؟
- لا تحصل الطفلة على شيء تطلبه.
- ضربت الطفلة من قبل طفل آخر.
- أخذ شيء منها.
- تريد الطفلة أخذ لعبة يلعب بها طفل آخر.
- منعت الطفلة من الانضمام إلى اللعب من قبل طفل أو مجموعة من الأطفال.
- قيل للطفلة لا من قبل المعلمة أو أحد الأطفال.
- لا ترغب الطفلة في الانضمام إلى نشاط معين.
- لا ترغب الطفلة في إنهاء نشاط تقوم به عند انتهاء وقت النشاط المقرر.

د - ماذا تفعل الطفلة عندما تفتعل تلك النوبة ؟
- تنظر الطفلة حولها لترى فيما إذا كان أحد الكبار يراقبها.

- تزيد الطفلة من حدة الصوت أو الحركة عندما يكون أحد الكبار بالقرب منها.
- تزيد الطفلة من حدة نوبة الغضب عندما تحاول المعلمة التحدث معها.
- تخفف الطفلة من حدة النوبة عندما تتكلم معها المعلمة.
- تنفعل الطفلة من وجود الأطفال الآخرين وتعليقاتهم.
- تتوقف الطفلة عن النوبة عندما يحملها أحد الكبار.
- تزيد الطفلة من حدة النوبة إذا حملها أحد الكبار.
- تؤذي الطفلة نفسها عندما تفتعل نوبة الغضب.
- تحاول الطفلة إيذاء الآخرين بالركل أو العض مثلاً.

استفيدي من هذه المعلومات التي حصلت عليها من هذه الملاحظات الأولية لتساعدك على وضع خطة تمنع حدوث نوبات الغضب.

٤- استكشفي النتائج :

تكتشف الطفلة التي تفتعل نوبات الغضب بأنها أداة فعالة لجلب الاهتمام. ويظهر بعض الأطفال ?ومنذ مرحلة الرضاعة المبكرة- ميلاً نحو سرعة الاهتياج والانفعال بحدة نحو ما يجري في محيطهم. ، ومثل هذا الطفل بالذات وليس الرضيع الهادئ هو الذي يفتعل نوبات الغضب في مرحلة الروضة وهذه النزعة نحو حدة الانفعال تلاحظ على وجه الخصوص خلال فترات الطفولة المبكرة والروضة عندما ترنو الطفلة إلى تأكيد استقلالها. وهذا هو الوقت الذي غالباً ما تصطدم فيه الإرادات عندما تحاول الطفلة ممارسة حريتها التي اكتشفتها حديثاً ويحاول الكبار كبح غضبها. ولكن الطفلة في هذه المرحلة لا تزال غير ناضجة ولا تفهم الطرق المقبولة اجتماعياً لرد الفعل نحو شيء لا تحبه. لذلك فقد تجنح إلى التعبير عن شعورها بشكل أكثر حدة كأن تلقي بنفسها إلى الأرض وتركل بقدميها وتدق بقبضتيها وتلوي بقسمات وجهها وتصرخ وتبكي، ومثل هذه النوبة لا شك تجلب الانتباه لأنه غالباً ما يكون رد فعل الكبار هو محاولة إيقاف هذا السلوك ولكنهم في الحقيقة يجدون أن مثل هذا التصرف من جانبهم لا يفضي إلى نتيجة. ولهذا تجدهم يستسلمون لما أرادته الطفلة أصلا فتحصل الطفلة على

ما تريد وتحصل إضافة إلى ذلك على الكثير من الاهتمام. ومتى ما أدركت الطفلة أن افتعال نوبات الغضب تصرف فعال فإنها تكرر ذلك التصرف كثيراً وقد يواصل الكبار محاولة كفها عنه بالإقناع أو قد يلجئون إلى الغضب والضرب لتحقيق ذلك. ولكن ردي الفعل هذين يؤديان إلى نفس النتيجة وهو المزيد من الاهتمام والطفلة التي تبدأ مرحلة الروضة ولديها ماض تكرر فيه تحقيق ما تريد عن طريق الغضب غالباً ما تحاول أن تستعمل نفس السلوك في المدرسة لذا يجب على المعلمات أن يكن على إدراك بهذا الاحتمال وأن يكن حريصات على الامتناع عن تعزيز نوبات الغضب باهتمامهن.

٥- ادرسي البدائل :

يحتاج الطفل الذي لجأ إلى نوبات الغضب إلى توجيه خاص حتى يتجاوز هذه المشكلة. وقد تساعدك المقترحات التالية على فهم النوبات غير الضرورية وتفاديها.

- يتزايد ميل الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة نحو الاستقلالية ويحتاجون لذلك إلى إعطائهم الفرص لممارسة هذه الاستقلالية. فنوبات الغضب نادراً ما تحدث إذا مكنت الطفلة من عمل الأشياء بنفسها ولنفسها، لذا فأنه من المفروض أن يصمم الفصل والمنهاج الدراسي بحيث يشجع على الاستقلالية والاعتماد على النفس قدر الإمكان. فمثلاً، يفترض أن يساعد ترتيب الفصل الأطفال على سهولة الوصول إلى المواد وتعليق المعاطف واستعمال المرحاض والمغاسل. كذلك يجب أن يسمح المنهاج بالخيارات ليتعلم الأطفال طريقة اتخاذ القرار، حيث أن هذه هي إحدى طرق التعبير عن الاستقلالية.
- أن الأطفال الصغار جداً في مرحلة الروضة هم الأكثر افتعالاً للنوبات، وذلك لأنهم لم يتقنوا بعد بعض الطرق الأكثر قبولاً للتعبير عن رغباتهم. ومن ثم فأنه غالباً ما تكون طرق ردود الفعل لديهم جسيمة كنوبات الغضب. كوني على إدراك بالقدرات الاجتماعية والانفعالية واللغوية للأطفال ذوي الستين من العمر وضعيها في ذهنك وأنت تتعاملين مع نوبات

الغضب عندهم. من الأفضل في هذه الحالة تجاهل نوبات الغضب عندما تحدث وتعزيز السلوك الأكثر قبولاً. لذا ينصب الاهتمام الرئيسي في حالة هؤلاء الأطفال على الحيلولة دون أن تتحول نوبات الغضب إلى سلوك معتاد. ويتحقق هذا بعدم تشجيع هذا السلوك عن طريق تجاهله منذ البداية.

٦- حددي الهدف :

الهدف هو أن تتوقف الطفلة عن افتعال نوبات الغضب وأن تتعلم طرقاً ملائمة للتعبير عن رغباتها.

٧- الإجراء :

تحوي الخطة الأساسية للتخلص من نوبات الغضب ثلاثة خطوات متزامنة :

- تجاهل نوبات الغضب عندما تحدث.
- الإكثار من تعزيز السلوك الملائم.
- مساعدة الطفلة على التعامل مع ردود الفعل الانفعالية بطرق مقبولة.

افتعال نوبات الغضب

التعريف :

افتعال نوبات الغضب هو "مجموعة من التصرفات تشتمل ارتماء الطفلة على الأرض والركل وضرب الأرض بالقبضتين والبكاء والصراخ وأي تصرفات حادة تفعل استجابة لحادثة مزعجة.

الخط القاعدي :

خصصي ثلاثة أيام لجمع معلومات الخط القاعدي ومنها يمكن قياس مستوى التحسن فيما بعد، علمي على ورقة كل مرة تقوم فيها الطفلة بافتعال نوبة غضب وسجلي المدة التي تستغرقها النوبات، لأنه قد لا تقلل الطفلة عدد النوبات في البداية ولكنها قد تخفض من أمادها. لذا يلزم أن يكون لديك ساعة لها عقرب ثوان وعندما تقوم الطفلة بنوبة غضب لاحظي وقتها وسجلي كم من الوقت

استغرقت. وفي نهاية كل يوم سجلي مجموع المرات التي تحدث فيها نوبات الغضب على الرسم البياني الأول (عدد النوبات) الموجود في نهاية هذا الفصل وسجلي كذلك متوسط الطول لفترات جميع نوبات الغضب لذلك اليوم على الرسم البياني الثاني (مدة النوبات، عدد الدقائق) والموجود في نهاية هذا الفصل احسبي متوسط الطول الزمني للفترة بجمع أطوال المدد الزمنية لكل النوبات وتقسيم الحاصل على عدد النوبات.

$$\frac{\text{مجموع الدقائق لكل النوبات}}{\text{مجموع عدد النوبات}} = \text{معدل (متوسط) طول الفترة}$$

البرنامج :

بعد انتهاء فترة الخط القاعدي استعملي البرنامج التالي، ومن المهم جداً أن تتبع جميع المعلمات هذا البرنامج بانتظام.

تجاهلي النوبات عندما تحدث، عندما تفتعل الطفلة نوبة الغضب عليك أن تتجاهليها تمام.-لقد كانت الطفلة تحظى في السابق بالكثير من الاهتمام على هذا السلوك غير الملائم، لذا فإن الطفلة تتوقع أن يستمر هذا الاهتمام ومن ثم فـه عندما تبدئين في تجاهل السلوك فأن مدة وحدة وأعداد النوبات قد تزيد ولكن متى ما أدركت الطفلة بأنها لن تحصل على الاهتمام مهما بالغت في وحدة وطول وتكرار افتعالها لنوبات الغضب، فإن من المتوقع أن تنقص هذا السلوك ثم توقفه إذا قامت الطفلة بافتعال نوبة غضب اعملي التالي :

١- لا تعطي أي تعزيز مهما كان نوعه، وتجاهلي كل التصرفات التي تصاحب نوبة الغضب لا تقتربي من الطفلة أو تتحدثي معها أو تقنعيها أو تشرحي لها أو حتى تنظري إليها، وتصرفي وكأنها غير موجودة في الغرفة. ولا تدعي التعبير على وجهك أو وضع جسمك يوحي للطفلة بأنك مهتمة بسلوكها بأي شكل من الأشكال لأنه حتى وهي في غمرة افتعالها للنوبة تلتقط الطفلة المؤشرات التي قد تدل على اهتمامك وشعورك بالإحباط وغضبك تجاه ما هو حاصل، لذا يجب أن تشعري وكذلك تتصرفي بعدم اكتراث سلوك الطفلة هذا.

٢- اتركي الطفلة حيث هي إذا أمكن واستمر في عملك. أما إذا كانت النوبة مشوشة إلى حد لا يمكنك معها الاستمرار في النشاطات المخططة فلديك واحد من خيارين : أما أن تنقلي الطفلة إلى خارج الغرفة لتواصل نوبة غضبها في مكان آخر، أو أن تغيري جدولك فإن اتبعت الخيار الأول فتأكدي من وضع الطفلة في مكان يمكن لأحد الكبار مراقبتها بدون أن يعطيها أي اهتمام لأنه من المهم أن يستمر التجاهل حيثما تكون الطفلة وأما أن قامت بتغيير الجدول فتأكدي من عمل ذلك فقط عندما لا يؤدي إلى الكثير من التعجل فمثلاً إذا كانت خططك تدعو إلى قراءة القصة أولاً ثم العب خارج الغرفة اعكسي الترتيب. وبهذا يمكن للطفلة أن تواصل نوبة غضبها حيث هي بينما يذهب الأطفال إلى خارج الصف للعب.

٣- إذا حاول أحد الأطفال في الصف أن يلفت نظرك لنوبة غضب تلك الطفلة فاخبريه بأنك تعلمين ذلك وأنك تريدينها أن تتوقف عن ذلك السلوك من تلقاء نفسها، وأوحي للطفل أنك ستعطي الطفلة الاهتمام حال توقفها عن نوبة الغضب وليس قبل ذلك.

٤- ابقي أذنيك مركزة على الطفلة فإذا سمعت أن النوبة قد توقفت فاذهبي إليها واجلسي بجانبها إن هي احتاجت لبعض الوقت حتى تهدأ ولكن لا تتحدثي معها عن نوبة الغضب، وعندما تصبح مستعدة فساعديها على اختيار النشاط الذي تحب أن تشارك به وعلة الانضمام إليه، أما إذا كانت الطفلة خارج غرفة الصف فاخبريها بأنه يمكنها الرجوع.

٥- أما إذا عادت الطفلة للبكاء بعد أن تذهبي إليها فابتعدي وتجاهلي السلوك إلى أن تتوقف ولا تعيريها اهتماماً خلال نوبة الغضب.

أكثري من تعزيز التصرفات الملائمة في الوقت الذي تتجاهلين فيه السلوك غير المقبول، دعي الطفلة أيضاً تعرف التصرفات التي تقدرينها وكوني يقظة لتصرفات الطفلة الملائمة، بل وابحثي عن الأوقات التي تنهمك فيها الطفلة في النشاطات أو تتفاعل فيها مع الآخرين أو تساعد خلالها في التنظيف أو تقوم فيها بأي نوع من المشاركة المقبولة وعززي هذه التصرفات كثيراً. استفيدي من ملاحظاتك الأولية

للحصول على مؤشرات على ما يثير هذه النوبات، فإن رأيت موقفاً يمكن أن يثير إشكالاً تناولته الطفلة بطريقة مقبولة فاغدقي عليها الثناء والاهتمام.

ساعدي الطفلة على اكتشاف بدائل مقبولة في التعامل مع ردود فعلها الانفعالية. قد تستجيب الطفلة دائماً بنوبة غضب نحو المواقف التي تشعر فيها بالغضب أو الإحباط أو على العموم بالانزعاج، ولهذا يلزمها أن تتعلم ردود فعل أكثر قبولاً. راقبي بعناية المواقف التي قد تستجيب الطفلة نحوها بالانفعال وأن رأيت احتمال حدوث نوبة غضب فتصرفي كالآتي :

١- أسرعي إلى الطفلة فوراً واتخذي الإجراءات السريعة التي قد تحتاجين إلى اتخاذها (مثل صنع تصرف عدواني، أو منع اختطاف لعبة من طفل آخر).

٢- انزلي إلى مستوى الطفلة وضعي ذراعك حولها، نوهي لفظياً بالانفعال الذي أثاره الموقف كأن تقولي :

"أنا أعرف بأن هذا يجعلك تشعرين بالغضب عندما لا تستطيعين الحصول على اللعبة التي تحبينها".

"إنك منزعجة كثيراً لأنك ترغبين في مواصلة العمل على التشكيل بالخشب ولكن الوقت حان للتنظيف".

٣- شجعي الطفلة على أن تعبر عن انفعالاتها إما بالموافقة على ما قلتيه أو باستكماله أو بالتعبير عن شعور آخر.

٤- وجهي سؤال للطفلة بعد ذلك ماذا نستطيع أن نفعل حيال ذلك؟ وبسرعة استعرضي معها عدة بدائل للتعامل مع ذلك الموقف.

٥- إذا كان مناسباً ساعدي الطفلة على تنفيذ الحل للموقف المشكل بنفسها.

٦- أثني عليها لقدرتها على حل المشكلة. أما إذا شرعت في أي وقت في افتعال نوبة غضب أخرى، فابتعدي عنها وتجاهلي ذلك السلوك تماماً بنفس الطريقة التي شرحت سابقاً.

استمر في تسجيل السلوك بيانياً، وأنك تطبقين البرنامج لإزالة نوبات الغضب واصلي عد مرات النوبات وقياس مداها كل يوم بيومه، ارسمي خطاً

عمودياً بعد المرحلة القاعدية، وسجلي مجموع مرات النوبات ومتوسط المدة التي تستغرقها في الرسمين البيانيين، توقعي زيادة على الرسم البياني لمتوسط المدة الزمنية وزيادة محتملة على الرسم البياني لعدد النوبات في الأيام الأولى، ولكن هذه الزيادة لا تلبث أن تنبسط ثم تنخفض.

المحافظة على السلوك المرغوب :

استمر في تقديم المديح للسلوك الملائم وخصوصاً للطرق المقبولة التي تتعامل فيها الطفلة مع المواقف الصعبة، وقدمي ذلك المديح بنفس التكرار الذي تقدمينه للأطفال الآخرين في الصف. وإذا عادت الطفلة لافتعال الغضب فتجاهليه تماماً.



المراجـــع

المراجـع

١- إبراهيم ,عبد الستار وآخرون (١٩٩٣). العلاج السلوكي للطفل : أساليبه ونماذج من حالاته سلسة عالم المعرفة ,العدد (١٨٠)، الكويت : المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب.

٢- أبو أسعد، احمد و الشمالي، فايزة. (٢٠٠٦) دليل الآباء العملي في التربية الجنسية لأبنائهم، المطابع العسكرية. عمان.

٣- أبو أسعد، احمد والغرير، احمد (٢٠٠٩) التعامل مع الضغوط النفسية، دار الشروق، عمان.

٤- ايفا ل عيسى. (١٩٩٣) المرشد العملي لحل المشاكل السلوكية في مرحلة ما قبل المدرسة، مكتب التربية العربي لدول الخليج.

٥- البحيصي، أسماء. الطفولة مشاكل وحلول - الدراسات والبحوث- أطفال الخليج www.gulfkids.com

٦- بدير، كريمان محمد. (٢٠٠٧) مشكلات طفل الروضة وأساليب معالجتها، دار المسيرة، عمان.

٧- بركة، نجلاء احمد. (١٤٢٦هـ) يوميات طفل الروضة الأسبوع الأول نشرة تربوية، الإدارة العامة لتربية وتعليم البنات بالإحساء، مدارس الشروق الأهلية (بنات)، وزارة التربية والتعليم، المملكة العربية السعودية، العدد الأول - ٦ شهر شعبان.

٨- بطرس، حافظ بطرس. (٢٠٠٨) المشكلات النفسية وعلاجها، دار المسيرة، عمان، الأردن.

٩- جابر، جابر عبد الحميد. (١٩٨٦). نظريات الشخصية البناء - الديناميات - النمو- طرق البحث- التقويم. دار النهضة العربية، القاهرة: مصر.

١٠- الحامد، جمال (٢٠٠٠) نقص الانتباه وفرط الحركة لدى الأطفال. جامعة الملك فيصل.

١١- الحسيني، هدى (٢٠٠٠) المرجع في الإرشاد التربوي (الدليل الحديث - للمربي والمعلم) أكاديميا، بيروت.
١٢- حواشين، مفيد نجيب وزيدان نجيب حواشين (٢٠٠٢) - إرشاد الطفل وتوجيهه، عمان : دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.
١٣- الخطيب، جمال (٢٠٠٧) تعديل السلوك الإنساني، مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع، الكويت.
١٤- خضر، علي السيد (١٩٩٤) الفروق بين الجنسين في الخجل وبعض خصائص الشخصية الأخرى في المرحلتين المتوسطة والثانوية مجلة - الإرشاد النفسي، العدد الثاني،ص ٢٠٥-٢٣٦
١٥- الخليدي، عبد الحميد ووهبي، كمال حسن. (١٩٩٧) الأمراض النفسية والعقلية والاضطرابات السلوكية عند الأطفال، دار الفكر العربي، بيروت.
١٦- الدخيل، عبد العزيز، أبو حميدان، يوسف (١٩٩٣). المرشد العملي لحل المشاكل السلوكية في مرحلة ما قبل المدرسة. الرياض : مكتب التربية العربي لدول الخليج.
١٧- الشحيمي، محمد أيوب. (١٩٩٤) مشكلات الأطفال كيف نفهمها، دار الفكر اللبناني، بيروت.
١٨- الشربيني، زكريا (٢٠٠٢) المشكلات النفسية عند الأطفال، القاهرة : دار الفكر العربي.
١٩- الشهري، علي بن هشبول والصيخان، إبراهيم بن سالم، قسم التوجيه والإرشاد بالإدارة العامة للتربية والتعليم بالمنطقة الشرقية، كتيب المدرسة.
٢٠- شيفر وميلمان (٢٠٠٥) مشكلات الأطفال والمراهقين وأساليب المساعدة فيها، منشورات الجامعة الأردنية، ترجمة: د نزيه حمدي، نسيمة داود.
٢١- طويل. (٢٠٠٧) أساليب تعديل السلوك الإنساني.
٢٢- الطيب، محمد عبد الظاهر (١٩٨٩). مشكلات الأبناء من الجنين إلى المراهق، الإسكندرية : دار المعرفة الجامعية.
٢٣- عبد الرحمن، محمد السيد (١٩٩٨) النظريات الشخصية، دار قباء: القاهرة.

٢٤- عبد المعطي، حسن (٢٠٠١) الاضطرابات النفسية في الطفولة والمراهقة، القاهرة: دار القاهرة.
٢٥- عبد المؤمن، محمد. (١٩٨٦) مشكلات الطفل النفسية، دار الفكر الجامعي، القاهرة.
٢٦- عطا، محمود: (١٩٩٦) الإرشاد النفسي والتربوي. دار الخريجي، الرياض.
٢٧- عطا، محمود (١٤١٧هـ) النمو الإنساني - الطفولة والمراهقة. ط٣، دار الخريجي - الرياض.
٢٨- العيسوي، عبد الرحمن. (١٩٩٣) مشكلات الطفولة والمراهقة، دار العلوم العربية، بيروت.
٢٩- الغبرة، نبيه (١٩٩٣) : المشكلات السلوكية عند الأطفال- ط٤، بيروت المكتب الإسلامي.
٣٠- غيث،سعاد،منصور (٢٠٠٦) الصحة النفسية للطفل (ط١) الأردن عمان : دار الصفاء للنشر والتوزيع.
٣١- الفرج، صفوت (١٩٨٠). القياس النفسي،القاهرة، دار الفكر العربي.
٣٢- فلية، فاروق عبدة، عبد المجيد، السيد محمد (٢٠٠٣) الطفل العربي الواقع والطموح (ط١) الأردن عمان :دار المسيرة للنشر والتوزيع.
٣٣- فوزي، إيمان (٢٠٠١) التشخيص النفسي، القاهرة، دار الزهراء.
٣٤- المالح، إحسان (٢٠٠٠) الطب النفسي والحياة - مقالات، مشكلات، فوائد - الجزء الثالث، دار الإشراق، دمشق.
٣٥- محمد، أميرة علي. (٢٠٠٨) المرجع في الطفولة المبكرة، الدار العالمية للنشر التوزيع، الجيزة.
٣٦- محمد، عادل عبد الله (٢٠٠٠) العلاج المعرفي السلوكي، دار الرشاد، القاهرة.
٣٧- محمد، عادل عبد الله، اتجاهات نظرية في سيكولوجية نمو الطفل والمراهق.
٣٨- مقياس تصرفات الطفل في المدرسة. (٦-١٨) سنة، ترجمة د. عبد العزيز ثابت، Child Behaviour Checklist (Achenbach) Teachers Report Form

٣٩- ملحم، سامي. (٢٠٠٢) مشكلات طفل الروضة، دار الفكر للطباعة والنشر، عمان، الأردن.
٤٠- نشواتي، عبد المجيد. (١٩٨٠) مشكلات الأطفال، مترجم من مارتن هربرت، الرياض، السعودية، مركز الدراسات الجامعية بعليشه.
٤١- منصور، محمد جميل يوسف (١٩٨٤) قراءات في مشكلات الطفولة جدة: تهامة.
٤٢- هول، كالفين ولندزي جاردنو (١٩٧٨) نظريات الشخصية، ترجمة أحمد فرج وقدري حنفي ولطفي فطيم، دار المشاريع والتوزيع، القاهرة.
٤٣- يوسف، جمعة سيد (٢٠٠٠) الاضطرابات السلوكية وعلاجها : الأسباب، التشخيص، العلاج، القاهرة: دار غريب.

Corey, Gerald (2001) Theory and Practice of Counseling and Psychology, B rooks/ Cole publishing com N. Y.

Gerald C. Davison, John M. Neale. John Wiley & Sons,(2004) Abnormal Psychology, Inc. Eight Edition.

Ford, Donald H. and Urban, Hugh B. (1963)Systems of Psychotherapy a comparative study، john Wiley, N.Y

Patterson C. (1986) Theories of Counseling and Psychotherapy, Harper and Raw, N. Y.

Prochaska, James O. and J. C. Norcross (1994) Systems of Psycholotherapy: A Transtheoretical Analysis, Brooks/Cole publishing com. N. Y.

Oltmanns, T.F &Emery, R.E (1998): Abnormal Psychology. NJ: Prentice-Hall.

Rimm, Masters. (1979). Behavior Modification for counseling centers, a guide to program development: American Personal & Guidance Association.

Shilling, Louis.(1984). Perspectives Counseling Theories on prentice- Hall, inc. N.J,.

مشكلات طفل
الروضة



دار حنين للنشر والتوزيع

العبدلي- مقابل البنك العربي- عمارة الددو
هاتف 5695611 فاكس 1208 568 6 962+
ص.ب 927385 عمان- الأردن

مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع

دولة الكويت
حولي - شارع بيروت - عمارة الأطباء
هاتف 1985 2264 فاكس 7784 2264 965 +
ص.ب: 4848 الصفاة - 13049 - الكويت

دولة الامارات العربية المتحدة
العين: - ص.ب: 6431 هاتف: 7662189 فاكس 7657901 3 971 +
دبي: - ص.ب: 20438 هاتف: 2630618 فاكس 2630628 4 971 +

جمهورية مصر العربية
37 شارع النصر - امتداد رمسيس 2
مقابل وزارة الماليـــة
مدينة نصر - القاهرة
هاتف: 8143 2262 فاكس: 2263 02 002
www.alfalahbookshop.com



ISBN 978-9957-17-085-1 (ردمك)

9 789957 170851

المطابع المركزية
عمان - الأردن

Design By
SERIOUS